

---

# VDPP - Rundbrief

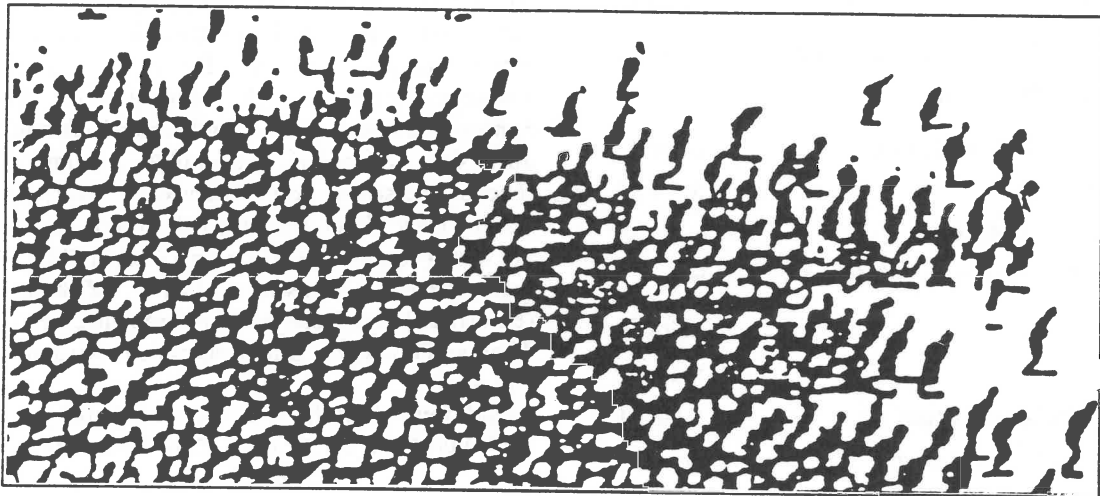
Nr. 12 April 1992

---

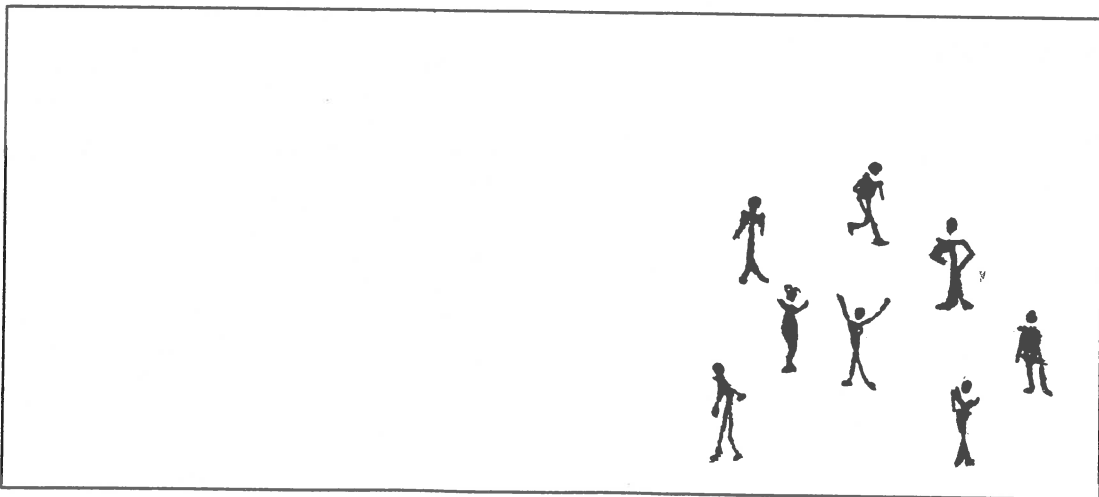
MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

ZUM EG - SEMINAR

Wunsch



und



Wirklichkeit

## Inhaltsverzeichnis:

### Berichte und Kommentare

- Bericht des Vorstandes Seite 3
- Halcion. "Erschüttert über Wissensdefizite" Seite 4
- Kammern im Landesverband freier Berufe Seite 5
- Ozonschicht Seite 6
- Sudan-Hilfe Seite 7
- Beitragsüberweisung Seite 7
- Bericht von der Delegiertenversammlung der AK Berlin Seite 8
- Kommentar zu der DV Seite 9
- Hochschulpharmazie im Nationalsozialismus Seite 9
- Bericht von der Regionalgruppe NRW Seite 10
- Reaktorstörfalle und Kaliumjodid Seite 11

### Buchbesprechungen

- Literatur zu Public Health Seite 11
- DINO-PARK Seite 17
- Die andere Medizin Seite 18

### Entwürfe für das neugefaßte Programm

- Inhalt Seite 19
- Vorspann Seite 20
- Die Apotheke von heute Seite 21
- Die Apotheke der Zukunft Seite 23
- Krankenhauspharmazie Seite 23
- Ausbildung Seite 25
- Sozialpharmazie Seite 25
- Standesgremien Seite 25
- EG Seite 26
- Gesundheit und Politik Seite 27
- Frauen Seite 29
- Gentechnologie Seite 29
- Umweltschutz Seite 31
- Frieden Seite 31
- Kernenergie Seite 32
- 3. Welt Seite 32
- Historie Seite 34

**Termine** Seite 35

**Adressen** Seite 36

## Editorial

Stell Dir vor, es gibt ein EG-Seminar, und kaum einer geht hin. So geschehen beim zweiten Versuch, das EG-Seminar des VDPP in Bremen auf die Beine zu stellen. Die Zahl der Anmeldungen war so gering, daß es sich nicht lohnte, Referenten nach Bremen zu bemühen. Wer bereitet sich schon gern auf einen Vortrag vor, den dann nur acht Personen hören wollen. Das Seminar wurde abgesagt.

Nun sind Vorstand und Organisator des Seminars etwas verunsichert: Gehen die Seminar-Themen an den Wünschen der Mitglieder vorbei? War der Ort (Bremen) schlecht gewählt? Fehlte ein ausführlicher und vorbereitender Artikel im Rundbrief, der das Thema eventuell interessant gemacht hätte? Oder interessiert das Thema EG niemanden mehr, weil es so aussieht, als sei bereits alles entschieden? Viele Fragen, die auch bei der zukünftigen Planung von Seminaren berücksichtigt werden müssen.

Der Vorstand des VDPP und die Rundbrief-Redaktion sind sich aber weitgehend darüber einig, daß wir die EG-Problematik nicht völlig vernachlässigen sollten. Deswegen gehen die Planungen augenblicklich dahin, den für das EG-Seminar eingeladenen holländischen Referenten nun auf der Mitgliederversammlung zum Thema "Niederländisches Apothekenwesen" vortragen zu lassen. Dies bietet sich auch deswegen an, weil die auf dem Programmseminar im Januar 1992 gelaufene kontroverse Diskussion über "Zukunft der (deutschen) Apotheke" weiter voranzutreiben ist. Das Thema "Politik der Standesgremien" wird deswegen entfallen.

**Redaktionsschluß** für den nächsten Rundbrief ist der **20. Mai 1992**. Bitte richtet Eure Kommentare und Briefe an:

Thomas Schulz-Schalge, Hampsteadstraße 32,  
W-1000 Berlin 37.

*Die Redaktion*

---

### Impressum

Der *Rundbrief* ist eine Veröffentlichung des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten.

**Redaktion:** Christa Augustin (CA), Gerd Glaeske (GG), Thomas Hammer (TH), Christiane Hefendehl (CH), Hanne Lederer (HL), Udo Puteanus (UP) und Thomas Schulz-Schalge (TS).

**V.i.S.d.P.:** Gudrun Hahn, c/o Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, 2000 Hamburg 13 (Tel.: 040 / 45 87 68). Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der Autor die volle Verantwortung.

---

**Spenden** sind auf dem Konto des VDPP gern gesehen: Kto-Nr. 20047-105, Postgiro Berlin, BLZ 100 100 10

## Liebe Vereinsmitglieder!

### Liebe am Verein Interessierte

Seit der letzten Mitgliederversammlung (Juni 91) wurde die Erstellung des Rundbriefes verändert. Die Folgen davon habt Ihr etwa alle 2 Monate in der Hand.

Jetzt wurde ich von Thomas Schulz-Schalge mal wieder gebeten, einen "Bericht vom Vorstand" zu schreiben. So kurz vor der nächsten Vorstandssitzung (25./26.4.) in Hamburg sollte mir das nicht schwerfallen.

Sechs Monate lang (November - April) haben wir Udo Puteanus dafür bezahlt, die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins zu betreuen und zu entwickeln. Es werden vor allem neu eingetretene Mitglieder und die säumigen Zahler von ihm gehört haben. Aber auch die Planung von Seminaren und Regionalgruppentreffen fiel in seinen Aufgabenbereich. Jetzt stehen wir vor der Frage: Haben wir genügend Geld um Udo für weitere sechs Monate für uns arbeiten zu lassen. Zuvor werden wir während der Vorstandssitzung Udos Tätigkeit bzw. den Posten eines Referenten für Öffentlichkeitsarbeit diskutieren und evaluieren (*das Wort hat im Osten der Republik einen etwas schalen Beigeschmack, Der Sätzer*).

Wichtigstes Ereignis zu Beginn des Jahres war das Programmseminar in Frankfurt. Berichte und Formulierungsvorschläge findet Ihr weiter hinten im Rundbrief. Nach 2 1/2 Jahren Vereinsarbeit fragten wir uns, ob wir die (Apotheken)-Welt heute gleich oder anders sehen (Analyse), ob wir als Verein punktuell Veränderungen bewirkt haben (Effektivität) und/oder wo von unserer Seite ein Handlungsbedarf besteht.

Politisch gab es in den letzten zwei bis drei Jahren dramatische Veränderungen. Daran anknüpfend hat Gerd Glaeske ja im letzten Jahr die Frage aufgeworfen, ob "*demokratische ApothekerInnen*" noch das widerspiegelt, weshalb wir uns zusammengefunden haben. Die Diskussion ist eröffnet. Noch haben wir im Vorstand keine neuen Namensvorschläge bekommen.

Am Rande entwickelte eine selbständige Kollegin die Idee, auf der nächsten MV Zeit zu lassen, damit sich einmal die selbständigen KollegInnen zusammensetzen können und über ihre Probleme bei der Umsetzung einer "*demokratischen Pharmazie*" zu diskutieren. Aktuell wurde dieser Wunsch während einer sehr polarisierend geführten Diskussion, als es darum ging, ob das Engagement für die Apotheke davon abhängt, ob man BesitzerIn oder angestellt ist. Hierbei kamen sehr unterschiedliche Ansichten über die menschliche "*Seele*" zutage.

Nichts kann ich über das EG-Seminar berichten. Es fiel erneut mangels Beteiligung aus. Jetzt frage ich mich, ist es Desinteresse am Thema, Seminarmüdigkeit oder sind es Terminschwierigkeiten?? Auch darüber werden wir uns auf der Vorstandssitzung auseinander setzen, denn es stehen zwei weitere Seminare an: am 9./10.Mai das 3. Frauenseminar in Kaufungen (*Frauen meldet Euch stehenden Fußes an!*) und das Sozialpharmazieseminar im Herbst.

Außerdem lade ich Euch alle nocheinmal ein zur Jahresmitgliederversammlung am 20./21. Juni in Hohenroda bei Bad Hersfeld. Es sind noch ein paar Plätze frei. Wie in den letzten Jahren wollen wir außer den wenig attraktiven Vereins-Pflicht-Handlungen einen Fachvortrag bieten. Genauer wird noch durch Rundschreiben bekannt gegeben. Ich hoffe, viele von Euch dort zu treffen und wieder einen "Kick" für das nächste Arbeitsjahr zu bekommen.

Eure Gudrun Hahn

## "Erschüttert über Wissensdefizite"

### Anmerkungen zum Schlafmittel Halcion

Das Schlußwort von Arzneimittelinstitutsleiter Hildebrandt nach der Halcion-Anhörung im Bundesgesundheitsamt am 17.02.92 war unerwartet offen und sollte den Mitarbeitern der Herstellerfirma Upjohn immer wieder vorgetragen werden: *"Es hat sich uns der Eindruck vermittelt, daß auf Fragen unserer Mitarbeiter die Antworten nicht in der Weise präzise und sicher waren, wie wir es uns für diese Substanz (gemeint ist hier der Wirkstoff im Halcion, das Triazolam; G.G.), die so umfangreich eingesetzt wird, gewünscht hätten. Wir stellten erhebliche Defizite fest und waren durchaus verwundert, wenn nicht geradezu stellenweise erschüttert über das Ausmaß der Unsicherheit und des Unwissens über Dinge, die wir als Grundvoraussetzung klinischer bzw. fachlicher Arbeit bisher angesehen haben."*

Hier wird nicht über ein "Waschküchen-produkt" gesprochen, sondern über ein Arzneimittel des multinationalen Konzerns Upjohn (geschätzter bundesdeutscher Umsatz 55 Mio. DM), das seit September 1979 in den Marktstatistiken geführt wird, 1990 nach Rohypnol auf dem zweiten Verordnungsrang aller Schlafmittel stand (1,49 Mio., Kosten 20,7 Mio. DM) und weltweit als häufigst angewendetes Schlafmittel gilt: **Halcion**.

Im Mittelpunkt der Diskussionen standen seit jeher Fragen zur geeigneten Dosierung und zur Nebenwirkungshäufigkeit. Die ursprünglich angebotene Dosisstärke von 1 mg pro Tablette wurde vom Markt genommen, nachdem der holländische Psychiater van der Kroef kurz nach der Einführung 1980 auf zentralnervöse Nebenwirkungen wie Depression, Angst, Aggressivität, Wahrnehmungs- und Persönlichkeitsveränderungen hingewiesen hatte. Es blieben die Dosierungsstärken 0,5 und 0,25 mg pro Tablette. 1988 führte eine deutlich gestiegene Meldefrequenz von wiederum zentralnervösen Störungen zu der Feststellung, daß *"eine Dosiserhöhung über 0,25 mg Triazolam hinaus zu einer medizinisch nicht vertretbaren Verstärkung und Häufung von Nebenwirkungen beiträgt."* Die Herstellerfirma nahm daraufhin die Dosisstärke 0,5 mg vom Markt, ergänzte aber das Angebot 1990 um Tabletten der Stärke 0,125 mg. Für diese Dosierung liegen positive Wirksamkeitsbelege allenfalls für geriatrische Patienten vor, sie fehlen dagegen für nichtgeriatrische Erwachsene.

Wahrscheinlich wäre das Puzzle nach dem Motto *"trial and error"* um die richtige Dosierung weiter gegangen, wenn nicht 1991 ein amerikanisches Gerichtsurteil die Zweifel an der Unbedenklichkeit dieses Schlafmittels beschleunigt hätten: Da wurden nämlich, so hatte das Magazin Newsweek berichtet, zwei Täter im Zusammenhang mit Tötungsdelikten wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen. Beide hatten wegen Schlafstörungen das Mittel Halcion eingenommen. Darüber hinaus wurde festgestellt, daß bei Gewalttaten im Zusammenhang mit 329 verschreibungspflichtigen Drogen Halcion die meisten Fälle betraf. Als Begründung für diese Zusammenhänge wurden vor allem Gedächtnislücken nach der Einnahme dieses Mittels verantwortlich gemacht, die deutlich häufiger als bei anderen Mitteln dieses Wirktyps auftreten sollen. Solche Gedächtnisstörungen (*"Filmriß bis zum Nachmittag"*)

waren nach der Anwendung von Halcion schon immer bekannt gewesen, allerdings nicht in dem Umfang, der im Februar in der BGA-Anhörung zur Diskussion stand. Es war nämlich in der Zwischenzeit klar geworden, daß eine der tragenden Studien für die Wirksamkeit und die Häufigkeit der beobachteten Nebenwirkungen wie ein Kartenhaus zusammenstürzte und als unbrauchbar klassifiziert wurde: Der als Prüfer verantwortliche Arzt, der Internist William C. Franklin aus Houston (Texas), hatte die während der Prüfphase aufgetretenen Risiken (Unruhe, Nervosität, Angst, Depression, Paranoia, Insomnie, Gedächtnisstörung) deutlich nach unten *"geschönt"*. Die Herstellerfirma soll von diesen Manipulationen bereits vor der Zulassung gewußt haben.

Großbritannien hat in dieser undurchsichtigen Situation die aus Patientenschutzgesichtspunkten einzig richtige Entscheidung getroffen - Halcion wurde dort am 02.10.1991 wegen eines unakzeptablen Risiko-Nutzen-Verhältnisses vorläufig vom Markt verbannt. Da es ausreichend verfügbare Benzodiazepin-Schlafmittel gibt (z.B. Lendormin, Noctamid, Planum, Remestan u.a.), würde auch bei uns Halcion nicht fehlen. Fehlen würde der Firma Upjohn allenfalls der Umsatz (1991 geschätzt 9 Mio. DM), dies wäre aber durchaus konform mit unserer vielzitierten freien Marktwirtschaft: Der Markt *"bestraft"* immer dann, wenn Zweifel am Nutzen eines Produktes auftreten. Das Arzneimittelgesetz verbietet in § 5 die Vermarktung von bedenklichen Arzneimitteln, Halcion scheint mir allemal dazu zu gehören!

Gerd Glaeske

## Kammern im Landesverband Freier Berufe

Zur Gerichtsentscheidung in Bremen. *Die Ärztekammer Bremen muß den Landesverband der Freien Berufe verlassen.* So das Urteil des Verwaltungsgerichts Bremen vom September 1991. Dieses Urteil, angestrengt von einer angestellten Ärztin (VDÄÄ-Mitglied), kann eventuell weitreichende Bedeutung bekommen, wenn sich nämlich nun auch andere Kammern, z.B. Apothekerkammern, fragen lassen müssen, ob ihre Mitgliedschaft im jeweiligen Landesverband oder im Bundesverband der Freien Berufe weiter aufrechterhalten werden kann. Da dieses Urteil noch nicht rechtskräftig ist, muß der weitere Fortgang genau beobachtet werden.

Im Einzelnen: Die Ärztin hatte auf einer der Delegiertenversammlungen der Bremer Ärztekammer den Antrag gestellt, die Ärztekammer möge aus dem Landesverband der Freien Berufe austreten. Sie begründete ihren Antrag damit, daß die Kammer durch ihre Mitgliedschaft im Freiberuflerverband ihren gesetzlich vorgeschriebenen Aufgabenbereich überschreite. Der Antrag wurde mehrheitlich abgelehnt. Daraufhin erhob die Ärztin Klage und bekam recht.

Die Gründe des Gerichts: Das Verwaltungsgericht ging von einer engen Interpretation der Bestimmungen des Kammergesetzes Bremen aus. Danach muß die Bremer Ärztekammer ihre Tätigkeiten drei grundsätzlichen Zielen unterordnen:

1. Alles, was die Kammer tut, muß berufsspezifischen Zielen dienen. Durch die Mitgliedschaft der Kammer im Freiberuflerverband überschreitet die Kammer aber diesen Tätigkeitsbereich, da sich der Verband nach seinen eigenen Angaben z.B. für eine qualifizierte Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung in den freien Berufen einsetzt. Da jedoch nicht nur Ärzte in diesem Verband Mitglied sind, kann sich die Tätigkeit auf diesem Gebiet zwangsläufig nicht nur auf ärztliche Themen beschränken. Außerdem befaßte sich der Bundesverband mit der steuerrechtlichen Abgrenzung zwischen freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit der Restauratoren, Wirtschafts- und Unternehmensberater und Designer, was auch nichts mit berufsspezifischer Tätigkeit der Ärzte zu tun hat. Zudem trat er für eine "Verlagerung öffentlicher Dienstleistungen auf den privaten Sektor" ein und überschritt damit wiederum den Aufgabenbereich der Ärztekammer.
2. Zur Vertretung der Belange des Berufes, wie es in den Kammergesetzen üblicherweise heißt, darf sich eine Kammer nicht darauf beschränken, nur die Interessen einer Gruppe dieses Berufes - hier der Selbständigen - zu vertreten. Aufgabe einer Kammer ist die Vertretung der Gesamtheit aller Berufsangehörigen. Es kommt deshalb nicht darauf an, wieviele Kammerangehörige freiberuflich tätig, das heißt, selbständig sind. Maßgeblich ist vielmehr, ob sich die Tätigkeit der Kammer auf rein berufliche Fragen beschränkt, also wirtschaftliche Fragen der Selbständigen unberücksichtigt läßt. Mit der Mitgliedschaft im Freiberuflerverband werden aber in erster Linie die Interessen der Selbständigen verfolgt.
3. Die Kammern dürfen nur tätig werden, wenn sie neben der Vertretung der beruflichen Belange auch das Allgemeinwohl berücksichtigen. *"Dieses Allgemeininteresse ist als das Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu verstehen, das nicht ohne weiteres deckungsgleich mit der satzungsmäßigen Betätigung des Landesverbandes für die Interessen der wirtschaftlich selbständig freiberuflich Tätigen anzusehen ist"*, so das Verwaltungsgericht. Wenn man die Tätigkeiten der Apothekerkammervertreter untersucht, wäre sicherlich so manche Äußerung als eine Kompetenzüberschreitung zu werten, so wie auch die Mitgliedschaft der Apothekerkammern im Freiberuflerverband. Aus den genannten Gründen wird laut Gerichtsbeschuß das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2.1. GG) der Ärztin verletzt, weshalb ihre Klage berechtigt ist.

**Folgen:** Der Vorsitzende des VDÄÄ, Winfried Beck, hat nach dem Urteil laut Frankfurter Rundschau vom 4.2.1992 angekündigt, daß auch die Mitgliedschaft anderer Ärztekammern im Freiberuflerverband überprüft werden müsse. Zunächst ist jedoch das Revisionsverfahren abzuwarten, bevor man davon sprechen kann, daß mit diesem Urteil Sand ins Getriebe einer vornehmlichen Interessenpolitik für Unternehmer mittels Kammern gestreut wurde. Bereits in der Legislaturperiode der Apothekerkammer Berlin 1975 - 1979 wurde von fortschrittlichen KollegInnen (Vorläufer der Fraktion Gesundheit) der Antrag gestellt, die Kammer möge den Freiberuflerverband verlassen. Damals hatte die Kam-

merleitung mit Unterstützung eines Vertreters des Verbandes zunächst darauf hingewiesen, daß ja nicht alle Kammermitglieder, sondern nur die Selbständigen über die Kammer Mitglied des Verbandes seien - eine Konstruktion, die offensichtlich nicht haltbar war. Später zog man sich auf die Argumentation zurück, daß auch die angestellten Apotheker letztlich freiberuflich tätig seien. Sie dürften durch die Apothekenleiter nicht angehalten werden, wie sie sich innerhalb ihrer Arbeitszeit beruflich zu verhalten hätten - ein Eiertanz, der nach diesem Urteil wohl nicht mehr aufrecht zu erhalten ist. Die Apothekerkammern sind aber nicht nur Mitglied im Freiberuflerverband, sie sind auch in einer anderen, den wirtschaftlichen Interessen der Unternehmer dienenden Organisation, der ABDA. Es ist wohl wieder an der Zeit, auch auf die Zwielfichtigkeit der Mitgliedschaft der Apothekerkammern in der ABDA neben der im Freiberuflerverband hinzuweisen.

Udo Puteanus



# Gegen die Zerstörung der Ozonschicht

## Eine Initiative in Nordrhein-Westfalen

FCKW - Ozonloch - Strahlung - Treibhauseffekt - Hautkrebs - Planktonsterben  
- noch mehr Treibhauseffekt - Ernteausfälle Klima

### Wir können etwas dagegen tun

Unter diesem Motto engagiert sich in Recklinghausen (Nordrhein-Westfalen) Therese Unbehaun (VDPP-Mitglied) in ihrem Krankenhaus und in ihrer Stadt und sucht noch weitere Verstärkung für ihre Initiative.

Wir zitieren aus ihrem Flugblatt:

"Das Ozonloch ist Beweis genug: nach ökologischer Uhrzeit ist es 5 nach 12. Wenn überhaupt, so kann es jetzt nur noch um wirkungsvolle Schadensbegrenzung gehen. Die größten FCKW-Hersteller Europas, Hoechst, Kali-Chemie, ICI und Dupont können und müssen noch vor dem Greifen gesetzlicher Regelungen (mit den bekannten Übergangsfristen und Ausnahmeregelungen) gezwungen werden, ihre lebensfeindliche Produktion einzustellen. Da die genannten Unternehmen und ihre Tochtergesellschaften gleichzeitig Pharmaka herstellen, die in empfindlichen Umfang durch gleichwertige Produkte anderer Arzneimittelhersteller ersetzt werden können, gewinnt die Verbrauchernachfrage seitens Patienten, Ärzteschaft, und Krankenhäuser einen durchaus interessanten politischen Aspekt bei der Erzwingung eines sofortigen Stopps der gesamten FCKW-Produktpalette.

*"Wir sind nicht hilflos"*

Am 28.03.1992 fand in Recklinghausen ein Treffen statt, um konkrete Möglichkeiten einer Recklinghäuser Initiative gegen FCKW-Produktion zu diskutieren und zu planen. Aus redaktionellen Gründen können wir leider in diesem Rundbrief über das Ergebnis noch nicht berichten. Wer Näheres wissen will, richte sich an Therese Unbehaun, Am Quellberg 23, W - 4350 Recklinghausen.

Es wird darum gebeten, bereits schon jetzt Angehörige der Heilberufen in Eurem Bekanntenkreis für dieses Thema zu sensibilisieren und zu gewinnen.



## Sudan bittet um Hilfe

Da ich seit vielen Jahren den Sudan und die Situation kenne, möchte ich auf eine derzeit laufende Hilfsaktion der Sudanesischen Botschaft hinweisen. Dringend werden benötigt:

- Krücken, Rollstühle (gebraucht)
- Blutdruckmeßgeräte (gebracht)
- Spritzen und Kanülen
- Verbandmaterial

Lieferungen bitte an

Embassy of the Sudan  
c/o Hassan Wahab  
Koblenzer Straße 99  
W-5300 Bonn 2

Sehr gut wären auch Geldspenden, mit denen Medikamente und Verbandstoffe gesammelt beim Deutschen Medikamentenhilfswerk bestellt werden:

Empfänger:		Hassan Wahab
Konto:	Commerzbank Bonn,	Nr. 1241 884
Bankleitzahl:		380 400 07

Für Eure Mitarbeit wäre ich sehr dankbar.

Ilona Yousif, W-1000 Berlin 42, Burgemeisterstraße 65, Tel.: 030/751 81 64

---

An alle Mitglieder, die ihren Beitrag auf das  
**Konto des VDPP bei der Berliner Sparkasse**  
überweisen

Das Konto des VDPP bei der Berliner Sparkasse wird demnächst **aufgelöst**. Die Geschäftsstelle bittet alle Mitglieder, in Zukunft ihre Beiträge nur noch auf das Konto beim Berliner Postscheckamt (Konto-Nr. 20047-105, BLZ 100 100 10) zu überweisen.

*Auch Spenden werden auf dem Konto gern gesehen, Der Sätzer!!!!*

## Berliner Apothekerkammer Sitzung der Delegiertenversammlung am 6.2.1992

Nein, die wackeren Idealisten der Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin geben nicht auf. Sie werden weiterhin selbstlos und engagiert ihre Kritik an der Standespolitik in der Kammer zum Vortrage bringen, sie werden Euch, liebe Leser, weiterhin mit den Erfolgen (?) und Gemeinheiten aus der Kammer beglücken. Daß im letzten Rundbrief diesbezüglich ein Lücke klaffte, war wahrlich nicht unsere Schuld: zwischen dem 13.11.91 und dem 6.2.92 wurden wir tatsächlich auf die Folter gespannt: Was wird uns die nächste Sitzung bringen? An welch weltbewegenden Dingen werden wir verantwortungsvoll teilhaben können? Als Neuling in der Kammer bin ich ja immer sehr auf die nächste Sitzung gespannt. Voller Erwartung öffne ich das Kuvert, das mir die Einladung zur nächsten Sitzung zu enthalten scheint. Dann der Blick auf die Tagesordnung: Bericht des Präsidenten, Situation im Ostteil der Stadt, Wahl einer Frauenbeauftragten, Änderung der Beitragsordnung, Arbeitsgruppe Apotheke 2000, Nachlese Deutscher Apothekertag, Nachwahl eines Ausschußmitgliedes, Notdienstkommission.

Naja, spannend schien zumindest der Punkt "*Wahl der Frauenbeauftragten*" zu werden, zumal wir uns mit diesem Thema bereits am 25. Januar (siehe Rundbrief Nr. 11, 5.28) beschäftigt hatten. Zuvor jedoch der Präsidenten-Bericht, der sich in den Niederungen von Arzneimittel-Mülltüten, der Privatisierung im Osten und den verunreinigten Paracetamol-Tabletten bewegte. Jaja, wenn wir die Kammer nicht hätten, wer würde sich schon für eine ordnungsgemäße Arzneimittelentsorgung (wegen der Arzneimittelsicherheit - nicht aus Umweltgesichtspunkten, versteht sich), für eine günstige Privatisierungsmöglichkeit und für eine schnellere Benachrichtigung der Apotheker einsetzen, wenn die Pharmaindustrie "*mal daneben greift*" (Originalkommentar des Ratiopharm-Vertreters). Und das alles zur Sicherstellung des Arzneimittelversorgungsauftrages. Schließlich sind die Apotheker immer schon die Vorreiter der Arzneimittelsicherheit gewesen, schließlich dient die günstige Privatisierungsmöglichkeit direkt dem Kunden und niemand anderem, schließlich muß ja die Apothekerschaft zuerst wissen, wer daneben greift.

Oder ist es etwa wichtiger, die Bevölkerung direkt vor der Einnahme der verunreinigten Tabletten zu warnen? Na also! Ach ja, die Genugtuung über das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts in Sachen Werbung des Apothekers. Auch das beschäftigte den Präsidenten in seiner Neujahrsbetrachtung. Nun gab es endlich mal wieder Balsam auf die wunde Seele unserer Standesführung. Und dies durch eine hohe Instanz; Grund genug, sich daran genüßlich zu ergötzen, wenn da nicht die Unwägbarkeiten eines Europäischen Gerichtshofes wären, die den schönen Traum des werbungsarmen Apothekers zerplatzen lassen könnten. Fortsetzung folgt...

Und nun wieder die bösen Buben, äh ..., die bösen Mädels aus der Fraktion Gesundheit.

Thema: Einordnung der Apothekenassistenten aus der ehemaligen DDR. Hier gelang es unserer Vorkämpferin - wer kennt sie nicht - die Versammlung mit der feinen Unterscheidung zwischen "*unter Aufsicht*", "*unter Verantwortung*" und "*unter eigener Verantwortung*" schwindelig zu reden. Besitzstandswahrung wollen die AssistentInnen (es gibt nur noch ca. 500 von ihnen), wenig zahlen wollen die Apothekenleiter. Na, wer hat wohl bei den Beratungen des Einigungsvertrages gewonnen? Richtig, die Apothekenleiter; natürlich nur aus dem Grund, keinen neuen Beruf zwischen der PTA und dem Pharmazieingenieur zu etablieren. Und weil die Mädels so frech waren, gab's noch einen drauf: inzwischen zum "*Point fixe*" erhoben, durften sich die Vertreter des "*wilden Ostens*" über die Unverschämtheiten der ÖTV auslassen. Hatte es ihre Vertreterin doch gewagt, Mißstände bei der Behandlung des Personals in den dortigen Apotheken anzuprangern. Nein, Mißstände gibt es nicht, Einzelfälle bestätigen die Regel: in den Goldgruben des Ostens herrscht eitel Sonnenschein, und die Angestellten werden am Geldsegen kräftig beteiligt. Oder hat jemand etwas anderes gehört? Das ist doch nur Miesmacherei. Doch nun zum Höhepunkt, zur Wahl der Frauenbeauftragten. Naiv, wie ich bin, hatte ich nicht mit einer Gegenkandidatin zu unserer Vertreterin gerechnet. Doch siehe da, der Posten erschien unseren politischen Gegnern - ganz im Gegensatz zum Posten des Ausländerreferenten - so attraktiv, daß sie doch noch eine Kandidatin aus dem Hut zauberten. Nur böse Zungen können behaupten, daß es sich bei dieser Dame um die gleiche Person handelt, die sich bei der Diskussion, Frauenbeauftragte ja oder nein, vehement gegen eine solche



Anlaufstelle ausgesprochen hatte. Abstimmungsergebnis: wie gehabt, Frauenbeauftragte wurde unsere Kandidatin nicht. Positiv daran ist natürlich, daß wir nun unseren Oppositionskatalog um einen Punkt erweitern können. Das stärkt unsere Motivation, da lassen wir nicht locker.

Was gab's sonst noch? Ach ja, eine kleine Sensation: Fraktion Gesundheit stimmt einträchtig mit den beiden konservativen Listen gegen einen Antrag der anderen Oppositionsgruppierung. Wie das? Nun, unsere wirtschaftsliberalen Kollegen bemühten ihr Gerechtigkeitsgefühl, um auf die unterschiedlichen Beiträge von Apothekenleitern und Angestellten zur Kammer hinzuweisen. Da bezahlen die Leiter doch tatsächlich 85% des Kammerhaushaltes, die Angestellten nur 15%. Gemein, nicht? Doch nichts zu machen, da sind sich die restlichen Delegierten fast einig: falls es Ungerechtigkeiten gibt, zeigen sie sich auf einem anderen Gebiet als bei den Beiträgen zur Apothekerkammer. Deshalb keine Chance für unsere "armen" LBA-Vertreter. Noch ein letztes, etwas Zukunftsweisendes: alle Listen der Berliner Apothekerkammer sind aufgefordert, ihre Beiträge zum Projekt "Apotheke 2000" - zur Zukunft des Berufsbildes der/des Apothekerin/s - schriftlich bis zum 30.6.92 vorzulegen. Dazu später einmal mehr. Bis zum nächsten Mal - auf ein Neues.

*Udo Puteanus*

### **Zur Wahl der Frauenbeauftragten Ein Kommentar der Kandidatin der Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin**

Zuversichtlich und innerlich gut gerüstet ging ich als "Wahlkandidatin" zu meiner 2. Delegiertenversammlung. In Zukunft sah ich mich schon zweimal wöchentlich in einem Bürozimmer der Kammer hinter einem Schreibtisch Frauen empfangen, für die ich ein offenes Ohr haben und mit denen ich Lösungsmöglichkeiten der mit pharmazeutischen Tätigkeiten zusammenhängenden Fragen entwickeln wollte - nicht allein, sondern mit zwei Freundinnen zusammen. Es sollte anders kommen.

Zwischen einer nicht endenden Debatte über das Für und Wider von Müllsäcken für Alt-Arzneimittel und einer ebenso ermüdenden Diskussion über die Änderungen der Beitragsordnung lag dann die "Wahl". Sie war schon wieder vorbei, bevor ich die Möglichkeit hatte, mich ausreichend zu äußern. Eine schnell vorgeschlagene Kandidatin der Liste 1 bekam 2/3 der Stimmen. Wurden meine Wortmeldungen absichtlich mehrfach übersehen, vielleicht weil ich "nur" angestellte Apothekerin und nicht selbständig wie die Zweitkandidatin bin? Oder ist die Liste 1 tonangebend und gelten Wortmeldungen aus der Fraktion Gesundheit als zu links? Warum haben sich bei diesem Thema fast ausschließlich Männer zu Wort gemeldet? Hatten der Präsident und sein Vorstand etwa Angst vor mir und deshalb ständig Anträge, Gegenanträge zum Thema gestellt? Und sich letztlich zu einer Blitzwahl entschieden, um endlich wieder andere Themen lamentierend erörtern zu können?

Viele Fragen und Enttäuschungen! Ich hatte erwartet, daß unsere langjährigen Fraktionsmitglieder besser gewappnet und stärker einschreitend diesem merkwürdigen Wahlablauf Einhalt geboten hätten.

*Ihona Yousif*

### **Hochschulpharmazie im Dritten Reich Das Beispiel Berlin**

Zu diesem Thema veranstaltete die Regionalgruppe Berlin des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) am 18. März 1992 eine Vortragsveranstaltung, auf der Birger Kintzel, Pharmaziehistoriker aus Greifswald, seine Forschungsergebnisse vorstellte. Der VDPP beschäftigt sich seit seiner Gründung im Jahre 1989 immer wieder mit historischen Themen aus der jüngeren Geschichte des Apothekerberufes. Besonderes Interesse wird den Themen aus der Zeit des Nationalsozialismus entgegengebracht, zumal hier immer noch Defizite in der Pharmaziegeschichtsschreibung zu beklagen sind. Birger Kintzel untersucht personelle und inhaltliche Veränderungen an den pharmazeutischen Hochschulinstituten im damaligen Mittel- und Ostdeutschland während der Zeit des Nationalsozialismus (siehe auch Pharm. Ztg. 136, 1502-1505 und 3326-3331). In seinem gut gegliederten und souverän gehaltenen Vortrag konzentrierte er sich auf die Vorgänge am Berliner Pharmazeutischen Institut. Hier war es der Privatdozent Maximilian Ehrenstein,

der als sog. "Halbjude" von den Bestimmungen des "Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamten-tums" vom 7.4.1933 betroffen war. Ein Denunziant hatte auf den jüdischen Vater Ehrensteins hingewiesen und damit erreicht, daß Ehrenstein aus dem öffentlichen Dienst entlassen wurde und zeitweise sogar seinen Dokortitel verlor. Trotz seiner eigenen Bemühungen und trotz der ablehnenden Haltung der Institutsleitung (Carl Mannich) gegenüber dem Nationalsozialismus ließ sich die Entwicklung nicht mehr aufhalten: Ehrenstein mußte emigrieren. Ihm gelang jedoch eine wissenschaftliche Karriere in den USA. Nach dem Krieg erwog er zeitweise seine Rückkehr nach Deutschland. Dies scheiterte jedoch daran, daß man ihm hier nicht genügend personelle und sachliche Mittel für seine Forschungsarbeiten zur Verfügung stellen konnte.

Mit Theodor Sabalitschka kann das Berliner Pharmazeutische Institut auf einen oppositionellen Hochschullehrer verweisen, dem sein offener Widerspruch gegen den Nationalsozialismus zum Verhängnis wurde. Wegen seiner "staatsfeindlichen" Äußerungen mußte er zum 1.4.1940 die Universität verlassen, und es konnte nur mit Hilfe ihm wohlgesonnener Kreise verhindert werden, daß ihm Schlimmeres widerfuhr. Nach dem Krieg war er einer der wenigen, die sich weiterhin kritisch mit dem Nationalsozialismus öffentlich auseinandersetzten (vgl. Pharm. Ztg. 83, 49-55).

Mit dem Vierjahresplan von 1936 sollte die deutsche Industrie innerhalb einer kurzen Zeit für einen Krieg umgerüstet werden. Außerdem wurde wissenschaftliche Forschung gefördert, die die Autarkiebestrebungen des Deutschen Reiches unterstützten. Der sog. "Reichsapothekerführer", Albert Schmierer, führte in einem Artikel des "Völkischen Beobachters" vom 15.11.1936 aus, wie auch die Apothekerschaft in dieses Autarkieprogramm eingebunden werden sollte. Der Ersatz ausländischer Drogen durch den forcierten Anbau heimischer Arzneipflanzen, der sparsame Umgang mit Rohstoffen und die Gestaltung von Schaufenstern diente dem Ziel, die Gesellschaft auf den Krieg vorzubereiten. Mit ihrer Mitarbeit im Luftschutz zeigten auch die Apotheker Bereitschaft, ihr Wissen für die Kriegsvorbereitungen zur Verfügung zu stellen (vgl. dazu: Allzeit bereit?! Apotheken und Zivilschutz - Gestern und heute. Hrsg. von der Friedensinitiative Berliner Apotheken, Berlin 1986). Untersucht man jedoch die tatsächlichen For-

schungsinhalte an den pharmazeutischen Hochschulinstituten jener Zeit, so fällt auf, daß längst nicht alle Wissenschaftler ihre Forschung den Autarkiezielen des Dritten Reiches unterordneten, wie Birger Kintzel ausführte.

In der anschließenden Diskussion beschäftigte das Thema der Vergangenheitsbewältigung die Anwesenden. Hier wurde wiederum deutlich, wie sehr die Apothekerschaft noch am Anfang einer Aufarbeitung des Nationalsozialismus steht. Nur wenig ist darüber bekannt, was aus dem aktiv am Nationalsozialismus Beteiligten nach dem Krieg wurde, nur selten hat sich die Apothekerschaft um eine Aufarbeitung der Geschehnisse im Dritten Reich und ihre Beteiligung daran gekümmert. Der VDPP wird sich auch weiterhin diesen Themen widmen.

Udo Puteanus

### NRW - Es tut sich was!

Am 16. März fand in Nordrhein-Westfalen das erste Regionaltreffen statt. Von Köln über Aachen bis nach Dortmund haben sich zehn eifrige Mitglieder nach Düsseldorf begeben, um auszuprobieren, welche Chancen ein solches Treffen in NRW hat.

Dabei sind zwei Besonderheiten zutagegetreten. Erstens sind in NRW die Selbstständigen erfreulicherweise einmal in der Mehrzahl. Zum anderen teilt sich das Bundesland in zwei Kammern (kein Gelächter bitte, mir als Berlinerinnen waren zumindest die Kammergrenzen nicht geläufig!).

Da die Mehrzahl, d.h. alle bis auf mich, der Kammer Nordrhein angehören, bleibt für die Zukunft zu überlegen, ob die Strecke nach Düsseldorf z.B. für die MünsteranerInnen zu weit ist oder das Interesse nicht vorhanden ist.

Doch wieder zur "Vergangenheit": Dieses erste Treffen diente vor allem dem Beschnüffeln und dem Testen, wie ein solches Treffen - nicht nur für die Anwesenden - interessant gestaltet werden kann. Viele Ideen von Mitgliederwerbung auf Fraktions-sitzungen der Kammer bis zu einem gemeinsamen Schaufensterprojekt wurden geboren.

Auch die Aktion von T. Unbehauen (Anti-FCKW) fand Anklang. Dabei zeigte sich, daß ein gründlicheres Wissen über die Vernetzung der einzelnen Industriebetriebe nötig ist.

So ergab sich das nächste Treffen. Am 4.5.1992 findet in Düsseldorf das zweite Regionaltreffen statt (Wir

planen einen Rhythmus von zwei Monaten). Die Themen sollen dann die Firmenvernetzung der Pharmazeutischen Industrie sein und außerdem Ideen zu alternativen, selbstgestalteten Schau- fenstern.

Auf eine wachsende Gruppe im Mai würden sich sicher alle freuen.

Bis dann, bewegt Euch am 4.5. nach Düsseldorf!!!

CH



### Reaktorstörfälle ?

#### Kein Problem für die Pharmazeutische Industrie!

Der jüngste Reaktorstörfall im AKW von Sosnowy Bor in Rußland hat uns gerade wieder daran erinnert, daß Tschernobyl erst sechs Jahre zurückliegt. Offensichtlich hatten wir diesmal Glück (vgl. Glosse) gehabt, allerdings zeigt der Blick in die Rote Liste 1992, daß die Firma Cascan auf das Undenkbare (soweit es unseren obersten Reaktorgesundbeter Töpfer angeht) gut vorbereitet ist, denn sie vertreibt **Kalium jodatum 0,1** mit der alleinigen Indikation "Zur Vorbeugung der Inkorporation von Jod-131 (Radiojod) bei Reaktorstörfällen". Bei soviel Vorsorge kann uns eigentlich wirklich nichts mehr passieren.

PS. Vor drei Jahren wurde Kalium jodatum mit der Stärke 0,5 als Expektorans vertrieben, inzwischen gibt es diese Dosierung nicht mehr, dafür aber die neue Dosierung mit einer neuen Indikation. Pikanterweise hat sich auch noch der Preis von 7,60 DM für 50 Tabletten zu 0,5 g auf 9,75 DM für 10 Tabletten zu 0,1 g erhöht.

TS

### Literatur zu Public health

Wie bereits im letzten Rundbrief angekündigt werden im folgenden einige Bücher zu diesem Thema vorgestellt. Dabei soll auf einleitende Worte verzichtet werden, da auf den Beitrag im Letzten Rundbrief zurückgegriffen werden kann.

*Öffentliche Gesundheit - Public Health.* Hrsg. Hans-Ulrich Deppe, Hannes Friedrich, Rainer Müller. Campus Verlag Frankfurt/Main, New York 1991. 216 S., DM 58.

Interdisziplinarität - eines der wichtigsten Essentials von Public Health wird in diesem Buch groß geschrieben. Es reicht nicht aus, den Krankheitsprozeß eindimensional zu betrachten. Weder ist das Krankheitsgeschehen allein eine Folge biochemischer Fehlregulationen im Organismus, noch Folge einer falschen Ernährung oder falscher Arbeitsplatzgestaltung. Ein Faktor, so wichtig er auch sein mag, kann allein nicht erklären, warum wir uns mit der Gesundheitserhaltung in unserer Gesellschaft so schwer tun. Mit der Public-Health-Forschung wird versucht, der eindimensionalen Betrachtungsweise entgegenzuwirken und - wie es so schön heißt - Elemente der "deskriptiven und analytischen Epidemiologie", der "Forschungen zu Institutionen der Gesundheitssicherung, zur Gesundheitsökonomie, zur integrierten sozialen Psychosomatik, zur Gesundheitserziehung bis hin zu Forschungen über staatliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention" (Milles/ Müller) miteinander zu verknüpfen.

Nach diesem Grundsatz der Interdisziplinarität ist auch dieses Buch zusammengestellt: Soziologen, Historiker, Sozialmediziner, Sozialwissenschaftler, Politologen, Lehrer, Volkswirte, Ärzte und - tatsächlich - der uns bekannte Pharmazeut und Soziologe Helmut Hildebrandt (VDPP-Hamburg) bearbeiten das Thema Gesundheit und Krankheit aus ihrer jeweiligen Sicht.

Eine Definition von Public Health und einen ersten Überblick über die Public-Health-Forschung bietet der erste Beitrag.

Der zweite Beitrag problematisiert den Begriff Gesundheit. Was ist Gesundheit? Ist Gesundheit ein Wert an sich, das "*schlechthin Gute*"? Auf dieser Ebene ist es schwer, zu einer von allen akzeptierten Definition zu kommen. Ist Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit? Diskutiert man über Gesundheit als sei sie das Gegenteil von Krankheit, so spielt man denen in die Hände, die ein Interesse an der Ausdehnung des Krankheitsbegriffs haben. Für immer neue Lebenslagen besteht so die Gefahr, als Krankheit definiert zu werden (Bsp. Schwangerschaft). Oder ist Gesundheit das Funktionieren des Körpers? Gefährlich bei dieser Definition: bei Störungen fragen Sie ihren Arzt oder Apotheker... der Experte ist für die Reparatur der Maschine Mensch zuständig.

Nein, alle diese Definitionen, auch wenn sie sich auf die Formel "*Gesundheit ist eine abstrakte Wertidee*" reduzieren lassen befriedigen den Autor nicht. Als Politologe und historisch Interessierter verzichtet er auf eine abschließende Definition und stellt den Begriff statt dessen in seinen jeweiligen historischen, kulturellen und politischen Zusammenhang. In jeder historischen Epoche bedeutet Gesundheit etwas anderes, sei es Waffenfähigkeit in der Kriegergesellschaft, sei es das Überleben in der Zeit der großen Seuchen, sei es die Selbstbestimmung des Bürgers in der Zeit der Aufklärung, die Arbeitsfähigkeit in der Zeit der Industrialisierung oder die "*Genußfähigkeit in postindustriellen Lebensumständen*" (Göckenjan).

Ein weiterer Beitrag beschäftigt sich mit der Definition von Gesundheit. Ausgehend vom Begriff des "*Wohlbefindens*" oder des "*funktionalen Optimums*" wird hier untersucht, was in den Naturwissenschaften, in der Psychologie oder in den Sozialwissenschaften unter diesem Begriff verstanden wird.

Interessanter und für einen einfachen Pharmazeuten eher nachzuvollziehen sind die Überlegungen im nächsten Beitrag. Der Autor (Historiker) beschäftigt sich mit gesundheitlichen Konzepten und ihren Motiven in der deutschen Geschichte. Untersucht wird, in welchem Verhältnis die Gesellschaft als Ganzes und das Individuum stehen, wenn die Gesundheit des Einzelnen als Ziel formuliert wird. Welche Ansprüche hat die Gesellschaft an den Einzelnen, welche Ansprüche hat der Einzelne an die Gesellschaft, wenn Gesundheit gefordert wird.

Diese Frage wird in den unterschiedlichen Epochen behandelt. Was waren die tieferen Beweggründe für **Salomon Neuman** und **Rudolf Virchow**, als sie eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung für die

Armen forderten? Hier stellt der Autor - verkürzt dargestellt - in einer etwas gewagten These fest, daß es Neumann in erster Linie um die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Arbeiter und Virchow zunächst um die Professionalisierung und gesellschaftliche Aufwertung der Ärzte, weniger aber um das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf Gesundheit der Arbeiterschaft ging. Beide standen auf dem Boden der bestehenden Gesellschaftsstruktur: Virchow bemühte sich um soziale Kontrolle der unteren Schichten, und Neumann verpflichtete alle Menschen, ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erhalten.

Anfang der zweiten Hälfte des 19. Jh. erfuhr die Diskussion um Krankheit und Gesundheit eine Entpolitisierung. Die Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit wurden in einzelne Zweige aufgesplittert, um sie den naturwissenschaftlichen Analysen zugänglich zu machen.

Eine Unterordnung der öffentlichen Gesundheitspflege unter das Ziel der umfassenden Industrialisierung erfolgte Ende des 19. Jahrhunderts. Sittlichkeit, Sauberkeit und Ordnung waren die Grundprinzipien, die die Leistungskraft der Gesellschaft stärken sollten. Naturwissenschaftlich geprägte Anschauungen dominierten die Vorstellungen von Krankheitsentstehung und deren Bekämpfung, bis seit Beginn des 20. Jh. Gedanken der "*sozialen Hygiene*" (Alfred Grotjahn u.a.) erneut den gesellschaftlichen Bezug des Krankheitsgeschehen deutlich machen konnten. Wie eng jedoch Sozialhygiene und Rassenhygiene in der Weimarer Republik beieinander lagen, kann am Beispiel Grotjahns ebenfalls aufgezeigt werden.

**Hans-Ulrich Deppe**, einer der Herausgeber dieses Buches, behandelt die Auswirkungen der Einführung des EG-Binnenmarktes auf die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Der Zusammenschluß kapitalistischer, auf Wettbewerb ausgerichteter Gesellschaftssysteme verheißt für ihn nichts Gutes. Kosten für die Krankenversorgung werden immer nur unter dem Gesichtspunkt gesehen, wie kann ich meine Lohnnebenkosten senken, um meine Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen. Der damit implizierte Abbau von Sozialleistungen ist heute schon deutlich erkennbar. Treffen wird es in erster die Linie die sozial Schwachen, woran auch die feierliche Verabschiedung der "*Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte*" 1989 in Straßburg nichts wesentlich ändern kann. Denn in diesem Papier sind keine einklagbaren Rechte festgehalten; man beschränkte sich statt dessen auf Absichtserklärungen.

Nach einer kurzen Beschreibung der einzelnen Gesundheitssysteme (Nationale Gesundheitssysteme,

Krankenversicherungssysteme) und einzelner Indikatoren (Krankenhausbetten, Arztdichte etc.) geht Deppe auf die unterschiedlichen Veränderungen ein, die durch die Harmonisierungsmaßnahmen zu erwarten sind. Im Arzneimittelsektor wird es seiner Meinung nach große Veränderungen geben: *"Von der Beseitigung dieser Marktschranken (zwischen den EG-Staaten, d.Verf.) werden einerseits Kostenreduzierungen und andererseits spürbare Konzentrationsprozesse in der Branche erwartet, die allerdings dann auch wiederum Einfluß auf die Preisgestaltung haben dürften."*

Eine weitere Gefahr für Deutschland sieht Deppe in den unterschiedlichen Niveaus der sozialen Sicherung in den einzelnen Mitgliedsländern. Dies führe jetzt schon dazu, daß das Argument *"Fit für Europa werden"* zum Abbau oder zumindest zu keinem weiteren Ausbau sozialer Leistungen benutzt werde.

Insgesamt erwartet er aber keine grundlegenden strukturellen Veränderungen der nationalen Versicherungs- und Versorgungssysteme. Der Kampf um den Erhalt des sozialen Systems werde weiterhin in den einzelnen Staaten ausgetragen.

Etwas *"out"* sind Deppes Bemerkungen zu den Möglichkeiten, die sich aus der Vereinigung beider deutscher Staaten hätten ergeben können. Seine Freude über die Ähnlichkeit des DDR-Gesundheitswesens mit den Strukturen der Nationalen Gesundheitsdienste westeuropäischer Staaten war, wie wir heute wissen, etwas voreilig. Unsere Regierung ließ sich nicht davon abhalten, das westdeutsche System mit all seinen Krankheitssymptomen auf das Gebiet der ehemaligen DDR zu übertragen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter, Regierungspräsidien) ist das Thema von **Alfons Labisch**. In einem Rückblick in die Entwicklungsgeschichte zeigt der Autor, wie stark der öffentliche Gesundheitsdienst durch die Gesetzgebung der Nazis geprägt wurde, indem das Verständnis der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge als Aufgabe kommunaler Selbstverwaltung in der BRD nachhaltig zerstört wurde. Von dieser Auszehrung erholte sich der öffentliche Gesundheitsdienst auch nach 1945 nicht mehr, als durch verschiedene Gesetze Vorsorgeaufgaben der ehemals kommunalen Gesundheitsämter den Kassenärzten übertragen wurden. Hinter dem Stichwort der *"Subsidiarität"* versteckt sich in diesem Fall die weitgehende Auslagerung von Zuständigkeiten aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

Eine neue Chance erwächst dem öffentlichen Gesundheitsdienst evtl. mit der Public-Health- oder

auch *healthy-cities*-Bewegung. Hier werden Fragen bearbeitet, die auf der kommunalen Ebene durch den öffentlichen Gesundheitsdienst wieder aufgegriffen und zu einem eigenen Aufgabengebiet weiterentwickelt werden könnten.

Was man unter *healthy cities* u.ä. zu verstehen hat, wird im nächsten Beitrag von **Helmut Hildebrandt** und **Alf Trojan** beschrieben. Hier werden Ziele und Umsetzung der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiierten Strategien erläutert. Anknüpfend an bereits bekannte Verfahren zur Verbesserung der Lebenssituation in den Städten versucht die neue Strategie der WHO, mit modernen Methoden den Einzelnen zu mehr Selbstbestimmung und zur Mitarbeit an der Verbesserung gesunder Voraussetzungen in seiner Gemeinde zu befähigen.

Um aus dem Stadium der verbalen Akrobatik in den Bereich der Umsetzung solcher Projekte zu gelangen, bedarf es nicht nur der Überlegung, welche Organisationsform optimal ist, sondern auch die tatsächliche Aktion vor Ort. Und hier hapert es oft. Weder gelingt es dem öffentlichen Gesundheitsdienst, sich auf diesem Gebiet kontinuierlich über Repräsentationsmaßnahmen hinaus zu engagieren, noch reichen die Mitbestimmungsmöglichkeiten der BürgerInnen aus, dem demokratischen Anspruch dieses Projekts gerecht zu werden und damit die Motivation des Einzelnen zu fördern - eine wichtige Voraussetzung für tatsächliche Aktion. Außerdem wird dem gesamten Projekt immer noch die *Maxime* zugrunde gelegt, es darf nichts kosten. Gelder stehen nur in sehr beschränktem Maß zur Verfügung. Betrachtet man die Förderung solcher Projekte unter dem Gesichtspunkt der Investition für die Zukunft, lassen sich vielleicht neue Ressourcen anzapfen.

Einen Blick über die deutschen Grenzen ermöglichen die vier folgenden Beiträge. Während der Beitrag von **Ralph Grossmann** die österreichische Situation analysiert und dabei in erster Linie organisatorische Fragen behandelt (wie kann der Gedanke der Gesundheitsförderung besser in den bisherigen Strukturen verankert werden), stellt der Beitrag von **Björn Söderfeldt** die Frage nach den Machtstrukturen im schwedischen Gesundheitswesen. Kritikwürdig ist seiner Meinung nach die Fixierung auf die traditionellen Lösungsansätze der Medizin, die zu sehr einer Wissenschaftsgläubigkeit gehorchen. Hier verhindere die Macht der Experten eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, die auch andere, vielleicht erfolgreichere Lösungsansätze im Umgang mit Krankheit bieten könnten.

Einen Einblick in die Entwicklung des niederländischen Gesundheitswesens seit 1945 ermöglicht der Beitrag von **Antoon H.M. Kerkhoff**. Bereits früher als

in anderen Ländern konnte sich hier der Gedanke der präventiven Gesundheitspolitik durchsetzen. Hier wurde bereits frühzeitig den sozialen Aspekten von Krankheit und Gesundheit mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Trotzdem kann bis heute nicht bestätigt werden, daß die Prävention die "gesündere" und vor allem billigere Alternative zur kurativen Medizin ist. Dafür sind die bisherigen Konzepte immer noch zu epidemiologisch-naturwissenschaftlich geprägt, human- und sozialwissenschaftliche Vorstellungen fanden wenig Eingang in die vorhandenen Konzepte.



*Der Autor inmitten seiner Literatursammlung*

In Großbritannien bemühen sich verschiedene Institutionen um Gesundheitsförderungsprogramme. Je nach Interessenlage differieren diese Programme sehr stark. Nationaler Gesundheitsdienst, Wirtschaftsunternehmen, alternative Bewegungen und sozialmedizinische Sichtweisen setzen unterschiedliche Schwerpunkte, die teilweise auch gegeneinander gerichtet sein können. Unter den konservativen Regierungen wurden die Wirkmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes zugunsten kommerzieller und individueller Verantwortung für Gesundheit abgebaut. Darauf reagierten auch die Gewerkschaften, die sich gemeinsam mit Gemeinderäten und Fachleuten für eine Erweiterung und Weiterentwicklung der Initiativen in der öffentlichen Gesundheitsarbeit einsetzten. Ob solche Initiativen Erfolg haben werden, läßt sich nach Stevelliffe, den Autor dieses Artikels, zur Zeit noch nicht klar erkennen.

Public health und Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung ist das Thema von **Bernhard Braun** (Soziologe) und **Hartmut Reiners** (Volkswirt und Referent für Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen). Wie können die Organe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an den neuen Ideen und Aufgaben von Public health mitwirken? Oder muß die GKV eher als ein hemmender Faktor betrachtet werden?

Gleich zu Beginn wird als vorläufige Antwort festgestellt, daß es der GKV durchaus möglich sein könnte, im Sinne von Public health tätig zu werden. Betrachtet man aber einerseits die gesetzlichen Möglichkeiten der GKV und andererseits die aktuelle Situation der Selbstverwaltung, werden die Hemmnisse deutlich, die einer effektiven Mitarbeit an Gesundheitsförderungsmaßnahmen entgegenstehen.

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) hat sich zwar einerseits die Aufgabenstellung für die Krankenkassen und ihre Verbände in Richtung Gesundheitsförderungsmaßnahmen verschoben. Dies kann an einzelnen Paragraphen des Sozialgesetzbuch V (SGB V) abgelesen werden. Hier wird Krankheit nicht als Problem gesehen, das der Einzelne im Zusammenspiel mit der traditionellen Medizin zu lösen hat, sondern es wird festgestellt, daß Krankheitsursachen gesellschaftlicher Natur sind. Andererseits werden in späteren Bestimmungen die individualmedizinischen Behandlungsstrategien detailliert beschrieben, so daß die Bedeutung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen herabgesetzt werden. Dies zeigt sich auch darin, daß sich die Kassen oder ihre Verbände laut Gesetz (SGB V) bei der Durchführung neuer Maßnahmen auf bereits bestehende Einrichtungen des Gesundheitswesens zu stützen haben. Neue eigene Einrichtungen dürfen nur dann aufgebaut werden, wenn die entsprechende Aufgabe auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Hier stehen sich also Zementierung bestehender Strukturen und Öffnungswunsch zu neuen gesundheitsfördernden Strategien ambivalent bis konträr gegenüber.

Der Selbstverwaltung in der GKV wird von den Autoren bei der Umsetzung neuer Konzepte weit mehr Effektivität zugetraut als der "Gesundheitsbewegung" oder kommunalen Trägern. Aufgrund des hohen Organisationsgrades der Bevölkerung in der GKV verfügen die Kassen über einen wichtigen Informationsvorsprung gegenüber anderen Organisationen. Sie agieren in der Nähe der Arbeitswelt, sie handein (v.a. die Ortskrankenkassen) vor Ort, sie stellen eine Macht gegenüber den Leistungs-

anbietern dar, und sie haben eine besondere Verantwortlichkeit für bestimmte soziale Gruppen (z.B. Kinder und Rentner), die ihre Interessen sonst nur schlecht durchsetzen können. Die sich daraus erwachsenden Möglichkeiten einer Einflußnahme werden von den Selbstverwaltern auch zunehmend gesehen. Allerdings verhindern bisherige Strukturen, wie die Zersplitterung der GKV in verschiedene Kassenarten und die Ausrichtung des Wettbewerbs unter den Kassen auf die Abschöpfung sogenannter "guter Risiken", eine langfristige Strategie, die in der Anfangsphase nicht unbedingt sofort Erfolg verspricht. Wird die Kassenpolitik aber allein am "Markt" orientiert, ist die Selbstverwaltung "tendenziell überflüssig", da sie nicht auf kurzfristige Eingriffe organisatorisch ausgerichtet ist.

Forderungen nach einer "überfälligen Organisationsreform der GKV", nach einem "kassenübergreifenden Risikoausgleich" und nach einer Abkehr von der Ideologie, Wettbewerb unter den Kassen um bessere Risiken könne eine Organisationsreform ersetzen, bilden den Abschluß dieses Beitrages. Insgesamt wird hier die Wichtigkeit der Selbstverwaltung der Krankenkassen erneut dargestellt und die Möglichkeiten ihrer Einflußnahme auf Gesundheitsförderungsmaßnahmen ausgelotet. Es wird deutlich, wie wichtig die anstehenden Sozialwahlen im nächsten Jahr (1993, siehe dazu Rundbrief Nr. 11, S. 6) sein werden.

**Friedrich Wilhelm Schwartz, Bernhard Badura:** *Public Health. Ansätze zu Aufbaustudiengängen in Deutschland Erfahrungen aus dem Ausland.* Stuttgart 1991 (Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung, Band 36). 200 S, DM 20.

Bevor man sich auf ein neues Terrain begibt, muß man zunächst analysieren, was einen dort erwartet. Diese wohlgeordnete Vorgehensweise, hatte man auch geplant, als sich die Gedanken von Public health in Deutschland verbreiteten. Die Robert Bosch Stiftung GmbH nahm sich dieser Aufgabe an und beauftragte im Jahre 1987 eine Arbeitsgruppe "Public Health School" mit der Erstellung einer "Denkschrift zur Errichtung von 'Schools of Public Health' in der Bundesrepublik Deutschland".

Die beauftragten Professoren begaben sich in die verschiedenen Länder (England, Skandinavien, USA, Kanada) und ließen sich über die bestehenden Möglichkeiten aufklären. Bevor sie jedoch ihren Abschlußbericht vorlegen konnten, hatten sich in

Deutschland bereits einige Hochschulen daran gemacht, eigene Public-health-Aufbaustudiengänge nach ihren Vorstellungen aufzubauen. Zudem hatte sich der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer inzwischen eigene Gedanken zu diesem Problem gemacht. Um der neuen Entwicklung Rechnung zu tragen, veränderte die Robert Bosch Stiftung die Aufgabenstellung und erstrebte nun eine gemeinsame, tragbare Plattform, an der sich weitere Einrichtungen (nicht nur Hochschulen) bei der Entwicklung eigener Studiengänge orientieren sollten.

Das vorliegende Buch ist eine Kurzfassung der Berichte, die der Stiftung Ende des Jahres 1989 abgeliefert wurden. Es beschäftigt sich zunächst mit den entsprechenden Studiengängen und deren historischer Entwicklung in den USA, Kanada und Großbritannien.

Dabei werden die Prinzipien, Ziele und die einzelnen Kernfächer der Studiengänge näher erläutert, sowie Fehlentwicklungen kritisiert. Eine besondere Beachtung genießt in den untersuchten Ländern das Fach **Epidemiologie** ("als Methodenarsenal und als Verfahrenslehre zur Beschreibung und ursachenbezogene Interpretation von Auftreten, Verteilung und Verlauf von Krankheiten in großen Bevölkerungsgruppen"). Dieses Fach bietet die Methodiken, um Ursachen von Krankheiten zu erforschen, die sich nicht im Sinne von "stringenten Ursache-Wirkungsbeziehungen" durchschauen lassen. Diese Methodiken werden vor allem dort angewandt, wo eine "Beobachtungssituation" gewollt offen hergestellt wird ("Feldforschung") und wo aus praktischen oder "normativ-ethischen Gründen (Auswirkungen auf zum Teil sehr große, vordergründig gesunde Bevölkerungsgruppen)" streng kontrollierte, experimentelle Studien ungünstig sind. Durch angewandte Statistik und die **Biometrie** (mathematische Statistik zur zahlenmäßigen Erfassung, Planung und Auswertung von Experimenten auf Menschen und Gruppen von Menschen) versucht man so den Ursachen von Krankheitsentstehung bzw. den Ursachen von Gesundheit auf die Spur zu kommen.

Mit der **Gesundheitsförderung** wird ein weiteres wichtiges Fach genannt. Hier geht es weniger um den Versuch der Krankheitsverhütung als vielmehr um die Analyse und Förderung von Faktoren, die der Gesundheit dienlich sind. Die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsverwaltung werden als weitere wichtige Fächer in Forschung und Lehre benannt.

Der Abschlußbericht beschäftigt sich außerdem mit der Organisation sowie den Zugängen und Abschlüssen der Studiengänge in den genannten Ländern. In der am 07.10.1989 in Berlin abgehaltenen Konferenz der an Public health interessierten Hochschullehrer

und Institutionen wurde schließlich eine gemeinsame Entschließung verabschiedet, die als Grundlage für den Aufbau weiterer Studiengänge gedacht ist.

Im umfangreichen Anhang dieses Buches werden ausgewählte Dokumente zu amerikanischen Schools of Public health sowie die Stellungnahmen der Medizinischen Fachgesellschaften und des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer abgedruckt. Bei letzteren fällt sofort auf, daß die Mediziner die neue Richtung in erster Linie für ihren wissenschaftlichen Nachwuchs sichern wollen. Hochschulabsolventen anderer Fachrichtungen sollen danach erst gar nicht zum Aufbaustudium zugelassen werden, eine Forderung, die jedoch nur an wenigen Hochschulen umgesetzt wurde.

*Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung.* Hrsg. Friedrich Wilhelm Schwartz, Bernhard Badura u.a. Berlin, Heidelberg usw. (Springer Verlag) 1991. 584 S., DM 68.

Bei vorliegendem Buch handelt es sich um eine Zusammenstellung von Forschungsarbeiten, die sich mit Themen aus dem Gebiet Public health befassen. Nach der Vorstellung einiger Arbeiten aus den Grundlagendisziplinen (Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung) werden einzelne Themen zu speziellen Anwendungsfeldern der Forschung beschrieben. Hier kann man sich Bild davon machen, wie umfassend der Begriff Public-health-Forschung verwendet wird. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß sich viele, wenn nicht sogar alle Arbeiten aus dem Bereich der Sozialpharmazie unter dieses Forschungsfeld subsummieren lassen. Auch historische Arbeiten werden unter dem Dach Public health vorgestellt.

Anhand dieses Buches kann sich der an Public health Interessierte umfassend über diese Thematik informieren. Laut eigener Aussage ist es ebenfalls für Studium und Unterricht geeignet. Zahlreiche Hinweise auf weiterführende Literatur sollen zum Selbststudium anregen.

*Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung Aktuelle Modelle für eine Public health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland.* Hrsg. U. Laaser, P. Wolters. Berlin, Heidelberg (Springer Verlag) 1990. 249 S. DM 48.

"Spezialisten für den Blick aufs Generelle" auszubilden, das sei, auf einen Nenner gebracht, der Sinn für die Errichtung deutscher Schulen auf dem Gebiet Public health. Weder sei das Fach "Gesundheitswissenschaften" bei der Medizin noch bei den Sozialwissenschaften anzusiedeln. Dieses Buch umfaßt die Beiträge, die erstmals auf einer Tagung zum Thema an der Universität Bielefeld im Jahre 1988 vorgestellt und diskutiert wurden. Auch in diesem Band geht es um Definition und Geschichte von Public health sowie um erste Initiativen in Deutschland seit 1988. Ganz interessant hier die Vorstellung der einzelnen Hochschulen auf diesem Gebiet, wobei allerdings die letzten zwei Jahre größere Veränderung mit sich gebracht haben dürften.

Im Anhang werden erste Ideen (1988) für einzelne Bausteine des Bielefelder Modells vorgestellt, z.B. zum Thema Arbeit und Rehabilitation, Gemeinde-nahe Versorgung chronisch Kranker, Krankheitsentstehungs- und Krankheitsverlaufsforschung, historische Soziologie des "Patienten" als medizinischen Laien, Sozialepidemiologie als Plädoyer für eine differenzierte Erfassung von Lebenslagen und sozialen Milieus, systematisches Denken im Kontext des psychiatrischen Versorgungssystems, Sozialisation-Gesetz-Prävention, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitswissenschaften. Die Studenten beschäftigten sich in Zusammenarbeit mit vorhandenen Einrichtungen des Gesundheitswesens mit diesen Themen und erstellten dazu kleine wissenschaftliche Arbeiten, die für die Arbeit dieser Gesundheitseinrichtungen von praktischer Bedeutung waren. Häufig erwies sich die Zusammenarbeit als so fruchtbar, daß die Studenten auch nach Abschluß des Aufbaustudiums von den Einrichtungen übernommen wurden.

Fazit nach der Beschäftigung mit den sich entwickelnden Schools of Public Health in Deutschland: hier entsteht eine Weiterbildungsmöglichkeit, die auch für PharmazeutInnen eine neue berufliche Perspektive eröffnen kann. Hier entsteht ein interdisziplinärer Forschungsverbund, der eventuell den bisher im Bereich Sozialpharmazie Tätigen die Möglichkeit eröffnet, eine neue Einbindung ihrer Forschung zu finden und mehr Pharmazeuten und Nicht-Pharmazeuten für ihre Themen zu interessieren. Nicht zuletzt entsteht hier ein organisatorischer Apparat, der langfristig das Primat der Arzneimitteltherapie zu erschüttern hilft, da sich herausstellen könnte, daß es bessere Möglichkeiten der Krankheitsverhütung und Krankheitsbewältigung gibt.

(Ich danke Frau Dr. Rübiger, Frau Petra Kolip und Herrn Joachim Thönnissen von der Geschäftsstelle



Public Health der Technischen Universität Berlin, Straße des 17. Juni 150, die mir Teile der hier vorgestellten Literatur zur Verfügung stellten)

Udo Puteanus

## Buchbesprechung

Michael Crichton: *DINOPARK*. Droemer Knaur, ca 38 DM

Nach all der Public-Health-Literatur soll jetzt ein (unterhaltsamer) Ausflug in die Gentechnologie unternommen werden.

Michael Crichton ist den Liebhabern spannender SF-Literatur durch seinen Roman *Andromeda* bestens bekannt. Nun hat er sich der Gentechnologie und der Chaostheorie angenommen, das Ergebnis ist ein nicht gerade preiswerter Hardcover, der allerdings die Anschaffung wert ist. Liebhaber der englischen Sprache sollten auf die Originalausgabe mit dem Titel *Jurassic Park* zurückgreifen, sie ist in Großbritannien für ca 4 Pfund als Taschenbuch erhältlich.

Die nötigen molekularbiologischen Hintergrundkenntnisse hat sich der Autor als Postdoc am Salk-Institut (Schwerpunkt: Virologie) in Kalifornien angeeignet, daher sind die technischen Beschreibungen, einschließlich der alltäglichen Schlampereien, gut nachvollziehbar.

Das Szenario mutet auf den ersten Blick absurd an: Mr. **Hammond**, ein amerikanischer Geschäftsmann, heuert eine Reihe Wissenschaftler an und läßt mit großem materiellem Einsatz DNA von Dinosauriern klonen. Die Beschreibung der Einzelheiten, insbesondere die geniale Idee, an die DNA der Dinosaurier zu gelangen (sie soll hier nicht verraten werden), läßt die Durchführung solcher Experimente als nicht völlig ausgeschlossen erscheinen.

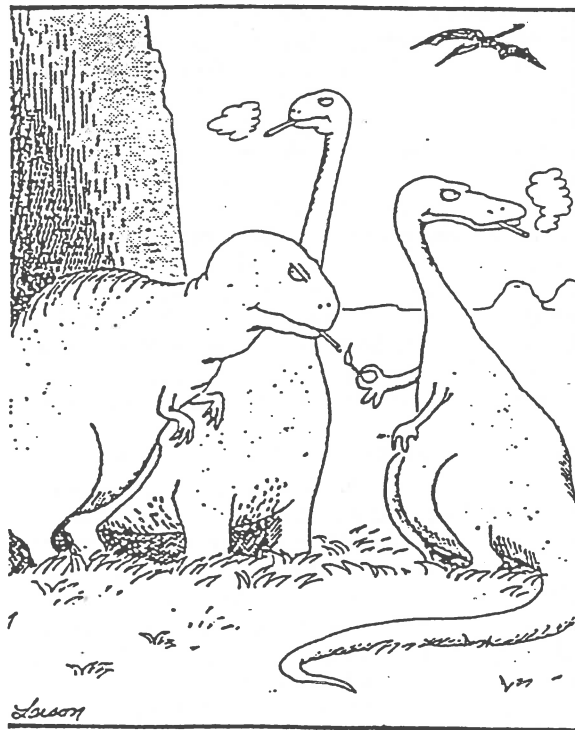
Die Gruppe hat erfolgreich verschiedene Saurier geklont und Hammond ist dabei auf einer kleinen Insel vor der Küste Mittelamerikas einen Vergnügungspark - den *DINOPARK* - aufzubauen. Alles wird mit großem Aufwand betrieben, die Anlagen sind gigantisch dimensioniert und von ausgefeilten Computersystemen überwacht und gesteuert. Die Entwicklung der Dinosaurier und der Aufbau des Parkes ist - natürlich - geheim abgelaufen und nun sollen einige ausgewählte Experten auf Einladung von Mr. Hammond die Insel besuchen und das Projekt begutachten.

Zentrale Figuren der weiteren Handlung sind Dr. **Grant** - Experte für ausgestorbene Dinosaurier, seine Assistentin Dr. **Ellie Sattler**, und Dr. **Ian Malcolm** - Chaostheoretiker. Die Beschreibung der Parkanlage und der Tiere ist außerordentlich gelungen, auch die Details sind geistreich erdacht, z.B.: Was geschieht mit der ganzen Dinosauriersch...e, die Bakterien, die

vor 65 bis 130 Millionen Jahren für die Zersetzung verantwortlich waren, existieren ja (wahrscheinlich) nicht mehr.

Nach einer ausführlichen Darstellung der umfangreichen Sicherheitsmaßnahmen - der Leser ahnt schon, daß irgendwo das Unheil seinen Lauf nehmen wird - beginnt die Exkursion in den Park. Sie endet allerdings anders als geplant, denn plötzlich geht alles drunter und drüber. In diesem zweiten Teil des Buches erhält zum einen der Abenteuerteil ein etwas größeres Gewicht, andererseits prallen jetzt verstärkt die beiden Hauptfiguren **Hammond**, als Prototyp des wissenschaftsgläubigen Geschäftemachers, der alles für kalkulierbar und machbar hält, und **Malcolm** als Vertreter einer wissenschaftskritischen Einstellung aufeinander. Für Malcolm ist "... wissenschaftliche Macht wie ererbter Reichtum. Man erreicht sie ohne Disziplin. Sie (die Wissenschaftler, TS) lesen einfach, was andere getan haben, und machen den nächsten Schritt. Man kann das schon in sehr jungen Jahren tun. ... Alle versuchen das gleiche zu erreichen: Etwas Großes zu schaffen, und das schnell. Und weil Sie auf den Schultern von Riesen stehen können, können Sie etwas auch schnell erreichen. Sie wissen nicht mal was es ist, aber sie haben es bereits veröffentlicht, es sich patentieren lassen und verkauft."

Das Ende hinterläßt ein beunruhigendes Gefühl .



Warum die Dinosaurier wirklich ausgestorben sind.

Nach meiner Einschätzung kann dieser Roman wahrscheinlich bei mehr Leuten zu einer kritischen Einstellung gegenüber der Gentechnologie führen als viele tiefgründige Abhandlungen.

Die einleitenden Sätze des Romans könnten eigentlich auch unserem Programm, Abteilung Gentechnologie, stammen: "Das ausgehende 20.Jahrhundert

erlebt einen wissenschaftlichen Goldrausch von erstaunlichem Ausmaß: die unbesonnene und überhastete Kommerzialisierung der Gentechnologie. Dieses Projekt entwickelt sich so schnell, mit so viel Geld und so wenig Kontrolle von außen, daß seine Dimensionen und Implikationen noch kaum zu begreifen sind. Die Biotechnologie verspricht die größte Revolution in der Geschichte der Menschheit. Bis zum Ende dieses Jahrzehnts wird sie, was die Auswirkungen auf unser alltägliches Leben betrifft, die Kernkraft und den Computer weit hinter sich gelassen haben."

Ein lesenswertes Buch!

Thomas Schulz-Schalge

## Buchbesprechung

Vera Herbst, Krista Federspiel: *Die Andere Medizin. Nutzen und Risiken sanfter Heilmethoden*. Stiftung Warentest. Berlin 1991, 300 S. DM 38.

Naturheilverfahren erfahren ein ständiges und stetig steigendes Interesse in der Bevölkerung. Mindestens jeder dritte Deutsche läßt sich einmal im Leben naturheilkundlich behandeln. Die Vielfalt der angebotenen Methoden macht es fast unmöglich, darüber einen vernünftigen Überblick zu erhalten und diese fachkundig zu beurteilen. Da der gesamte Naturheilkundesektor auch einen großen finanziellen Markt darstellt und mit Sehnsüchten und Bedürfnissen von Kranken viel Geld verdient wird, ist es natürlich umso wichtiger, hier die seriösen von den unseriösen Behandlerinnen und Methoden zu trennen. Das Buch *"Die Andere Medizin"* soll hierzu eine Hilfe sein. Die Autorinnen gehen auf die unterschiedlichsten Naturheilverfahren ein. Die einzelnen Methoden werden kurz dargestellt mit einem Rückblick in die Geschichte, der Erläuterung der jeweiligen Grundidee der Methode sowie einem Versuch der Erklärung der Wirkung. Es schließen sich Anwendungsgebiete, Risiken, Kritik und Empfehlungen an.

Einen sehr aufschlußreichen Punkt bildet der jeweils letzte Abschnitt, der die Kosten und die eventuelle Übernahme durch die Krankenkassen behandelt. Das Buch stellt in der Vielfalt der besprochenen Methoden eine einmalige Zusammenstellung naturheilkundlicher Verfahren dar. Durch die übersichtliche Gliederung der einzelnen Kapitel und die sehr ansprechende Aufmachung, ermöglicht es einen schnellen Überblick und ist damit als wichtiges Nachschlagewerk auch für die Apothekenpraxis gut geeignet.

Einige wichtige Kritikpunkte sind dennoch anzumerken: Ein Grundmerkmal des Buches ist, daß die Bewertung der einzelnen Verfahren und BehandlerInnen aus streng schulmedizinischer Sicht geschieht. ÄrztInnen wird grundsätzlich mehr Kompetenz im naturheilkundlichen Sektor zugesprochen als HeilpraktikerInnen. Dies möchte ich aufgrund der ärztlichen Ausbildungsordnung und meiner eigenen Erfahrung stark bezweifeln. Ebenso werden Heilmethoden, die naturwissenschaftlich nicht erklärbar sind, im allgemeinen abgelehnt. Die Kritik an einzel-

nen Verfahren wird durch Zitate von Schulmedizinern untermauert, die teilweise ins Unsachliche abgleiten (z.B. werden zur Anthroposophie zu Beginn Kritiker zitiert, die Rudolf Steiner als schizophren und geisteskrank bezeichnen).

Die schulmedizinische Betrachtungsweise ist auch ein wichtiges Kriterium für die Gliederung des Buches. Die Einteilung geschieht in *"klassische Therapieverfahren"*, d. h. in der Wirkung bewiesene, und *"unkonventionelle Verfahren"*, d.h. naturwissenschaftlich nicht beweisbare Methoden. Warum ausgerechnet die Hildegard Medizin oder der Aderlaß zu den klassischen, die Homöopathie und Anthroposophie aber zu den unkonventionellen Verfahren gezählt werden, ist mir nicht einleuchtend. Als ebenso ungeschickt möchte ich noch die gemeinsame Abhandlung von Yoga und transzendentaler Meditation anführen, wodurch Yoga in die Nähe des sektenhaften rückt, was ihm sicher nicht gerecht wird. Eine klare Trennung wäre hier nötig gewesen.

Dies sollen nur einige Beispiele sein, die eine gewisse Einseitigkeit des Buches deutlich machen. Wünschenswert wäre es meiner Meinung nach gewesen, zur Beurteilung und Kritik auch NaturheilkundlerInnen zu Wort kommen zu lassen, die einige Punkte sicher anders beurteilt hätten. Trotzdem ein wichtiges und überfülltes Buch, wobei es zur persönlichen Beurteilung der einzelnen Verfahren einer weiteren Vertiefung der Materie bedarf, da sonst die Gefahr einer zu schnellen Verurteilung besteht.

Hans-Jörg Fabritz



"... und alles für den neuen Rundbrief"

# Entwurf eines überarbeiteten und erweiterten Programms des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP)

(zu diskutieren und zu beschließen auf der Mitgliederversammlung am 20./21.06.1992 in Hohenroda bei Bad Hersfeld)

## Inhaltsverzeichnis

### Vorspann

Warum brauchen wir einen Verein

Warum diese Namensgebung

### 1. Pharmazeutische Themen: (Pharmazie im Alltag)

Die Apotheke von heute und ihr gesellschaftliches Umfeld

Die Apotheke der Zukunft

Krankenhauspharmazie

Ausbildung

Sozialpharmazie

Struktur und Politik der Landesgremien

Zur EG-Problematik des Arzneimittelmarktes

### 2. Arzneimittel, Gesellschaft und Politik - Wechselwirkungen (Einleitung)

Frauen in der Pharmazie, Frauen und Arzneimittelverbrauch

Gentechnologie

Umweltschutz

Für Frieden - gegen Krieg

"Zivile" Nutzung der Kernenergie

Arzneimittelversorgung in der "Dritten Welt"

### Historie

Woran knüpfen wir an

Lehren aus der Zeit des Nationalsozialismus

Zur Rolle der Pharmaindustrie während des Nationalsozialismus

## Vorspann

Im April 1989 einigten sich auf einem Treffen in Kaufungen die dort versammelten PharmazeutInnen erstmals auf ein Programm für eine patientenorientierte Arzneimittel- und Standespolitik. Angesichts der Veränderungen der internationalen Lage seit Herbst 1989, angesichts der Vereinigung beider deutscher Staaten im Jahre 1990 und angesichts des erweiterten Kenntnisstandes über die im Programm angesprochenen Probleme mußte das Programm weiterentwickelt werden. Dies erfolgte auf einem Programmseminar im Januar 1991 in Frankfurt/Main und führte zu den im folgenden vorgestellten Grundpositionen und Forderungen.

Wesentliche Zielsetzungen dieses Programms sind

- die politische Umsetzung der Erkenntnis von Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlempfinden,
- die Demokratisierung des Gesundheitswesens,
- die Realisierung einer Arzneimittelberatung und Versorgung, die sich vorrangig an den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert,
- die Zurückdrängung des Einflusses der Pharmazeutischen Industrie auf Art und Umfang der Arzneimittelversorgung,
- der Einsatz für Frieden und Abrüstung, gegen Neonazis und Ausländerfeindlichkeit,
- der Einsatz für eine ökologisch orientierte Arzneimittelversorgung, gegen unnütze Tierversuche und für eine strenge und demokratische Kontrolle der gentechnologiebetreibenden Institutionen.

Bei der Diskussion des Programmentwurfs wurde den Beteiligten klar, daß sie für eine Reihe von Problemen bisher keine schlüssigen Lösungen parat haben. Offene Fragen - z.B. in den Bereichen Gentechnologie und zukünftige Apothekenstrukturen werden im Programm auch deutlich gemacht und bleiben klärungsbedürftig. Dafür werden Mitstreitende und Mitdenkende gesucht! Dies gilt auch für Punkte, die im Programm bisher noch nicht berücksichtigt wurden.

Warum brauchen wir einen Verein ?

Für alle KollegInnen, die

- Gleichgesinnte bei der Verwirklichung einer patientenorientierten Berufspraxis suchen,
- sich nicht mit der Macht der Anbieter und der Ohnmacht der PatientInnen im Gesundheitswesen abfinden wollen,
- eine Überwindung des Widerspruchs zwischen Ethik und Monetik wollen,
- eine privilegienwahrende Standespolitik ablehnen,
- rechtsextremistischen Tendenzen und Ausländerfeindlichkeit in unserer Berufsgruppe vorbeugen wollen,
- Zivilschutz in der bisherigen Form als Angriff auf den Frieden ablehnen, brauchen wir eine überregionale Organisationsstruktur, wie sie mit der Gründung des VDPP im Juni 1989 geschaffen wurde.

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

- will die Kreativität der sozial und ökologisch denkenden PharmazeutInnen nutzen, um andere Arbeitsbedingungen und Arbeitsbereiche zu entwickeln,
- setzt sich mit der Geschichte der Pharmazie unter besonderer Berücksichtigung unserer jüngsten Geschichte auseinander,
- wendet sich gegen eine allein auf Wahrung und Ausbau wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Privilegien ausgerichtete Standespolitik,
- setzt sich für eine echte Gleichberechtigung und gegen eine Diskriminierung der Frauen in der Pharmazie ein,
- bekämpft neonazistische, ausländerfeindliche und diskriminierende Tendenzen und Aktivitäten unter unseren Berufsangehörigen.

Der VDPP steht allen offen, die den Grundpositionen unseres Programms zustimmen und auf deren Grundlage aktiv an der weiteren Entwicklung von Inhalten und Stellungnahmen mitwirken möchten. Er bietet allen, die unabhängig von ihrem Status - selbständig, angestellt, beamtet, arbeitslos, in der Ausbildung - gemeinsam die hier vorgestellten Positionen umsetzen wollen, die Gelegenheit zur Mitarbeit. Wir sehen für die Gründung des Vereins eine besondere Dringlichkeit vor dem Hintergrund zunehmender Machtkonzentrationen im EG-Bereich,

wachsender Konkurrenz unter den Berufsangehörigen, einer verstärkten Kommerzialisierung der Apotheke in Richtung Gesundheitsmarkt, unübersehbarer Wahlerfolge von Rechtsextremisten und des wachsenden Elends in den Ländern der sog. "Dritten Welt".

Eine überregionale Organisation bekommt - vor allem auch in Zusammenarbeit mit den seit einigen Jahren sich bewährenden demokratischen Vereinen der ÄrztInnen und ZahnärztInnen - mehr politisches Gewicht und schafft auch im Apotheken- und Arzneimittelbereich ein Forum für Gegenöffentlichkeit.

Warum diese Namensgebung

Das Wort **demokratisch** wählen wir bewußt, um damit unsere Entschlossenheit, für mehr Demokratie in unserem Gesundheitswesen und unserer Gesellschaft einzutreten, zu unterstreichen. Auf der Ebene der Berufspolitik werden die undemokratischen Strukturen deutlich bei der Ausgrenzung von Frauen, Angestellten, Ausländerinnen und Andersdenkenden von berufsrelevanten Entscheidungen, in Zwangsmitgliedschaft und unternehmerfreundlichen Interessenvertretungen von den Kammern bis zur ABDA. Wir erleben den Mangel an Demokratie auf der Ebene des Gesundheitswesens als Entmündigung der Patientinnen, als Begünstigung der Interessen der pharmazeutischen Industrie, als Entsolidarisierung und Reprivatisierung.

Wir setzen uns für ein Gesundheitswesen ein, das den hier Beschäftigten wie den PatientInnen Möglichkeiten der Einflußnahme und Mitentscheidung einräumt und neue Strukturen der Selbstverwaltung entwickelt.

Ein erster Schritt liegt in der Demokratisierung der Kammern durch ihre Öffnung für alle im Bereich der Pharmazie Tätigen und deren angemessene Berücksichtigung bei der Besetzung der Organe der Selbstverwaltung. Sollten sich die Kammerstrukturen in diesen Punkten als nicht entwicklungsfähig erweisen, müssen neue Formen der Selbstverwaltung, z.B. in Form regionaler Gesundheitskonferenzen, diskutiert werden.

## Die Apotheke von heute und ihr gesellschaftliches Umfeld

Ist heute von Gesundheitspolitik die Rede, so meistens im Zusammenhang mit Schlagworten wie Kostendämpfung, Selbstbeteiligung und Leistungsabbau. Selbst wenn es um eine Strukturreform des Gesundheitswesens geht, reduzieren sich die gesundheitspolitischen Maßnahmen auf "*Kostendämpfungsprogramme*". Wo der Geldbeutel über die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen entscheidet und nicht die medizinische Notwendigkeit, wo Privatversicherungen junge, gutverdienende Mitglieder der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten abwerben, da beginnt der Einstieg in die "*Zwei-Klassen-Medizin*", wird der Kranke durch Zuzahlungen bestraft, der Gesunde mit einer Prämie belohnt. Das Geschäft mit der Krankheit blüht, die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens erfaßt jetzt auch Bereiche, die bisher durch die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährleisteten Prinzipien Solidarität und Sachleistung noch weitgehend davon verschont wurden.

Der Trend zur wachsenden Kommerzialisierung macht auch vor dem Apothekenwesen nicht halt. Ist heute von der Apotheke und ihrer Entwicklung die Rede, fällt immer häufiger der Begriff vom "*Supermarkt Gesundheit*". Marketingexperten sind gefragte Referenten auf Fortbildungsveranstaltungen, "*Haus der Gesundheit*" heißt das neue Zauberwort für die wirtschaftliche Zukunft der Apotheke. Innerhalb der letzten fünfzehn Jahre hat sich die Zahl der Apotheken in den alten Bundesländern fast verdoppelt. Hier existieren in den Großstädten und Ballungsräumen inzwischen wesentlich mehr Apotheken als für eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig wären. Nicht nur der Konkurrenzkampf untereinander wird härter, er nimmt auch gegenüber Drogeriemärkten, Sanitäts- und Reformhäusern und neuerdings sogar gegenüber Ärzten an Heftigkeit zu. In dem Maße aber, wie der Druck auf die Apotheke als Wirtschaftsunternehmen wächst, verschärft sich der im System angelegte Konflikt zwischen dem Anspruch, als Arzneimittelfachmann/frau für den Patienten wirken zu wollen und der Wirklichkeit, als Unternehmer erfolgreich sein zu müssen.

Dieser Konflikt zeigt sehr unterschiedliche Auswirkungen. Er äußert sich

- in einer zunehmenden Zahl von Teilzeitbeschäftigten oder als Personalabbau bis hinunter zur Einmann/frau-Apotheke,
- in einem verschärften Ausweichen auf das sog. Nebensortiment,
- in einer Werbe- und Verkaufspraxis, die eine vor allem an den Interessen der PatientInnen ausgerichtete Beratungstätigkeit nicht mehr zuläßt.

Der Versuch einer ganzen Reihe von KollegInnen, im ständigen Widerspruch zwischen Unternehmer- und Patienteninteressen pharmazeutisch vertretbare Kompromisse zu schließen, scheitert schließlich an den wirtschaftlichen Realitäten und Zwängen oder führt zu Inkaufnahme großer persönlicher und materieller Opfer. Auch von "außen" unterliegt unsere Berufspraxis in ihrer Qualität starken Einflüssen - hier vor allem von Seiten der pharmazeutischen Industrie. Aggressive Werbemethoden für Arzneimittel in den Medien suggerieren die Therapierbarkeit jeder gesundheitlichen Störung und haben bei vielen Verbraucherinnen eine gefährliche Medikamentengläubigkeit geschaffen, die einerseits eine zunehmende Arzneimittelabhängigkeit zur Folge hat und andererseits einen verstärkten Einsatz nicht-medikamentöser Therapien behindert. Unsere Erfahrung zeigt, wie schwer es ist, dem von der Werbung angeheizten Trend, jeder gesundheitlichen Störung mit der Anwendung eines Arzneimittels zu begegnen, entgegenzuwirken. Das geltende Heilmittelwerbegesetz bietet zuviele Hintertüren, als daß die hier festgeschriebene Auflage an den Hersteller, den Patienten auch über die Risiken des beworbenen Arzneimittels aufzuklären, konsumbeschränkend wirksam werden könnte. Darum sehen wir einen wichtigen Schritt zur Eindämmung eines übermäßigen Arzneimittelverbrauches in einem **Verbot der Laienwerbung**. Die Werbung in Fachkreisen muß sich auf die Mitteilung fachlich relevanter Informationen beschränken. Zur Begrenzung des überzogenen Medikamentenkonsums ist der Verkauf von Arzneimitteln ausschließlich auf Apotheken zu beschränken. Solange sie in Kaufhaus- und Drogerieregalen stehen, wird die Forderung nach einer Einschränkung des Arzneimittelverbrauches schwer zu realisieren sein. Wir fordern das **Verbot der Selbstbedienung** bei Medikamenten - innerhalb und außerhalb von Apotheken. Auch durch die Arzneimittelgesetzgebung wird unsere Beratungstätigkeit beeinträchtigt. Die im Arzneimittelgesetz festgeschriebene Zulassungs- und Nachzulassungspraxis, die weder überflüssige noch medizinisch bedenkliche und unwirksame Arzneimittel vom Markt fernhält, leistet keinen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und Markttransparenz. Hier fordern wir einen dem internationalen Standard gerecht werdenden **Wirksamkeitsnachweis**, eine Nachzulassung, die zu einer deutlichen Marktberreinigung beiträgt, sowie den Nachweis eines **therapeutischen Bedürfnisses** als Zulassungskriterium. Da das geltende Arzneimittelgesetz den Marktzugang für bedenkliche Arzneimittel bis heute nicht wirksam unterbindet, bedarf es entsprechender Maßnahmen auf der Ebene der ärztlichen Verordnungstätigkeit. Hier unterstützen wir die Forderung von Gewerkschaften und Krankenkassen nach der Einführung von **Empfehlungs-** oder **Positivlisten**. Mit solchen Entscheidungshilfen ließen sich jährlich einige Mrd. DM an Arzneimittelausgaben einsparen bei gleichzeitiger Verbesserung der Arzneimittelsicherheit für die PatientInnen. Ihre umfassende Verwirklichung erscheint allerdings nur möglich in Verbindung mit tiefgreifenden Veränderungen der Organisationsstrukturen auf Apothekenebene (siehe Punkt "*Apotheke der Zukunft*"). Auf die Preispolitik der Arzneimittelhersteller muß über direkte Preisverhandlungen der gesetzlichen Krankenkassen mit der pharmazeutischen Industrie Einfluß genommen werden. Solange aber eine Vereinheitlichung der Krankenkassen aussteht, solange UnternehmerInnen in den Selbstverwaltungsorganen der RVO-Kassen mit 50% vertreten sind und die einzelnen Kassen aufgrund unterschiedlicher Strukturen gegeneinander ausgespielt werden (-zeitweise auch sich selber gegeneinander ausspielen-), wird der Einfluß der pharmazeutischen Industrie auf Art und Umfang der Arzneimittelversorgung ungebrochen fortbestehen. Wir unterstützen eine **Reform der gesetzlichen Krankenkassen**, die folgende Forderungen umsetzt:

- eine Vereinheitlichung der Krankenkassen,
- eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, um die Solidargemeinschaft der Krankenkassen zu stärken,
- die alleinige Selbstverwaltung durch die Versicherten
- den Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen,
- einen kassenübergreifenden Finanzausgleich.

## Die Apotheke der Zukunft

Die Apotheke kann in Zukunft - so die offizielle Standespolitik - als Unternehmen nur dann überleben, wenn sie in neue Märkte vorstößt. Die Eroberung der Offizin durch Freiwahlregale und Kosmetikecken prägt schon heute das Erscheinungsbild vieler Apotheken. Von der Sonnenbrille bis zum Rollstuhl, von der diagnostischen Dienstleistung bis zum häuslichen Pflegeservice, von der Diätleberwurst bis zur Betreuung Sterbender - die Apotheke der Zukunft macht's möglich. Will sich die zukünftige Apotheke als Gewerbebetrieb rentieren und Gewinne verzeichnen, muß sie sich diesem Trend unterwerfen - das Prinzip der sog. freien Marktwirtschaft läßt keine andere Wahl. Wer da nicht mithalten will, bleibt auf der Strecke.

Angesichts einer solchen Entwicklung drängt sich die Frage auf, was eine solche Perspektive noch mit unserem Selbstverständnis als Arzneimittelfachleute zu tun hat und wie sie eine anspruchsvolle akademische Ausbildung rechtfertigen kann. Bei dem Versuch, diese Frage zu beantworten, wird deutlich, wie schnell man an die Grenzen und Möglichkeiten herkömmlicher Apotheken- und Verteilungsstrukturen stößt, wenn man die oben beschriebene Entwicklung nicht mitmachen will, gleichzeitig aber seinen Anspruch auf Weiterentwicklung eines Gesundheitswesens, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt, nicht aufgeben will.

Wir unterstützen daher die von Gewerkschaften, Krankenkassen, fortschrittlichen Gruppen im Gesundheitswesen und der WHO erhobenen Forderungen nach einer Schwerpunktverlagerung der Gesundheitsversorgung von der Krankenbehandlung zur Vorsorge und Gesunderhaltung: Mehr Vorbeugung, mehr Aufklärung, mehr Arbeits- und Umweltschutz, mehr Erziehung zu einer gesunden Lebensweise. Diesen Vorstellungen fühlen wir uns verbunden. Wollen wir an ihrer Verwirklichung mitarbeiten, müssen wir umdenken, neue Formen der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen entwickeln, z.B. mit Ärzten, Schwestern von Sozialstationen, Beschäftigten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Sozialarbeitern und Versichertenvertretern der Kassen.

Neue Formen der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung erfordern aber auch neue Organisationsstrukturen. Bei der Frage nach der Apotheke der Zukunft sind unterschiedliche Eigentumsformen denkbar - private, gemeinnützige, genossenschaftliche. Ein entscheidendes Kriterium für alle muß die Forderung nach einer von ökonomischen Zwängen befreiten Beratungstätigkeit sein. Das scheint uns z.B. mit dem holländischen Apotheken-System (hier gibt ein vom Arzneimittelpreis unabhängiges Honorierungssystem die Sicherheit, für ein ausreichendes Einkommen) weitgehend gewährleistet. Denkbar erscheint uns die Apotheke der Zukunft auch als Teil eines medizinischen Versorgungszentrums unter der Leitung einer Stadtverwaltung, einer Kommune, eines regional einheitlichen Krankenkassenverbandes. Auch genossenschaftliche Träger-Modelle lassen sich vorstellen. Bei den hier beispielhaft erwähnten anderen Organisationsstrukturen bliebe auch in Zukunft der Schwerpunkt unserer Arbeit mit dem Arzneimittel erhalten. Wir entgingen dem Zwang, neue Märkte zu erobern, das Nebensortiment ließe sich auf einen der Funktion der Apotheke angemessenen Umfang reduzieren. Der Weg in den "Supermarkt Gesundheit" mit einer übriggebliebenen Beratungsecke für Arzneimittel wollen wir nicht mitgehen, er endet in einer Sackgasse und stellt unsere berufliche Existenz als Arzneimittelfachleute in Frage.

## Krankenhauspharmazie

Im Gegensatz zum Trend in der Offizinpharmazie, den Schwerpunkt vom Arzneimittel weg auf arzneimittelferne Felder zu orientieren (Kompressionsstrümpfe und Diätlebensmittel), hat in der Krankenhauspharmazie die Gewichtung des Arzneimittels in allen seinen Einzelaspekten enorm zugenommen. Die Krankenhauspharmazie steht im Spannungsfeld zwischen der Entwicklung anspruchsvoller, immer teurerer Arzneimittel mit neuen, komplizierten Therapien einerseits und der Forderung nach Begrenzung der Arzneimittelausgaben andererseits. Das erfordert einen wissenschaftlich begründeten Umgang mit Arzneimitteln, dem die Apotheker als bloße Hersteller, Beschaffer und Verteiler von Arzneimitteln nicht mehr gerecht werden können. Notwendig ist die "klinische patientenbezogene Pharmazie", in der die Apotheker die Therapie des einzelnen Patienten begleiten, den

Arzt in Fragen der Wirtschaftlichkeit, der Dosierung, der Applikationsmodalitäten, der Pharmakokinetik, des therapeutischen Drug Monitoring, der Interaktionen und unerwünschten Wirkungen beraten.

Diese Pharmazie steckt in den Anfängen. Der Bundesverband der Krankenhausapotheker (ADKA) propagiert die Klinische Pharmazie, angeregt durch die Praxis in den USA, und hat die Entwicklung spürbar vorangetrieben. Es werden allerdings große Hürden zu nehmen sein, um die Klinische Pharmazie zu etablieren und damit das von uns beanspruchte Berufsbild als Arzneimittelfachleute durchzusetzen, da wir durch die Ausbildung noch nicht entsprechend vorbereitet werden. Notwendig sind die folgenden Punkte:

- Die Aufnahme des Fachs Klinische Pharmazie in die Approbationsordnung und Einrichtung von entsprechenden Lehrstühlen;
- eine einschneidende Verbesserung der Weiterbildung zum Apotheker für Klinische Pharmazie, die bisher dürftig und klinikfern ist;
- Aufstockung der Stellenpläne (ein Apotheker pro Fachabteilung).

Hier ist gegenüber den Politikern, den Berufsverbänden und auch in den eigenen Reihen Aufklärungsarbeit zu leisten, Durchsetzungsfähigkeit ist gefragt. Die Arzneimittelliste eines Krankenhauses wird im Dialog zwischen Apothekern und Ärzten in der Arzneimittelkommission erarbeitet. Das straff gehaltene Sortiment bildet die Grundlage für eine sichere, transparente und ökonomische Arzneimitteltherapie. Eine rational begründete, gut ausgearbeitete Arzneimittelliste ist tragfähig und kann gut gegen Angriffe verteidigt werden, die zu erwarten sind: erstens wird mit dem zweifelhaften Argument der "*Kostenexplosion*" Sparpolitik, Stellenabbau und Privatisierung betrieben. Zweitens droht eine Verlagerung der Entscheidungen über Arzneimittel von der Arzneimittelkommission in die Finanzabteilung des Krankenhauses, wenn infolge der Bundespflegesatzverordnung - Sonderentgelte anstatt gleicher Pflegesätze - die einheitlichen Behandlungsgrundlagen beseitigt werden. Künftig werden mit Hilfe moderner Datentechnik die Therapiekosten, nach Einzelfalldiagnosen aufgeschlüsselt, miteinander vergleichbar und die Krankenhäuser noch mehr zueinander in Konkurrenz bringen. Viele Krankenhausapotheker erkennen diese Zusammenhänge nicht.

Die Tatsache, daß in Krankenhäusern mit "*Positivlisten*" gearbeitet wird, verschweigen die Standesorganisationen gern. Die Arzneimittelkommissionen sollten nach unserer Meinung in ihren Aufgabenbereich die Besprechung und Weitermeldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufnehmen. Wir halten es auch für notwendig, daß der Einfluß der Pharmahersteller auf das Krankenhaus verändert wird, weil er der Intention der Arzneimittelkommission entgegenläuft. Hierfür gibt es viele Beispiele. Wir schätzen die Praxis in Schweden, wo die Pharmavertreter nach Anmeldung vor allen Ärzten der Klinik ihr Anliegen vorzutragen haben. Auch klinische Prüfungen sind dort nur möglich, nachdem Pharmaindustrie und Klinik die Übernahme der Kosten durch die Firma schriftlich vereinbart haben. Die Arzneimittelkommission ist informiert.

Die Eigenherstellung von Arzneimitteln wird immer wieder mit beeindruckenden Einsparungsmöglichkeiten begründet. Dafür sind allerdings sehr aufwendige Ausstattungen erforderlich. Die eingesparten Kosten relativieren sich durch die Marktpreise. Wir bezweifeln, ob bei Zunahme der Marktkonkurrenz die Preisvorteile gehalten werden können und halten die Planung großer Produktionsanlagen eher für technologisch überholt. Wir sehen in der krankenhauseversorgenden Apotheke kein geeignetes Modell, anspruchsvolle Krankenhauspharmazie umzusetzen, weil Krankenhausträger und Apotheke sich in einem vorgegebenen Interessenkonflikt befinden: alle Anstrengungen der Apotheke zur Kosteneinsparung schlagen im Krankenhaus positiv zu Buche, minimieren jedoch das Betriebsergebnis der Apotheke. Aus knapper Personalbemessung resultiert eine geringere pharmazeutische Beratung. Die Krankenhauspharmazie repräsentiert einen zunehmenden Teil unserer Praxis als Arzneimittelfachleute. Das muß sich auch in der Beteiligung der Krankenhausapotheker in der ABDA niederschlagen.



## Ausbildung

In dem Maße, wie sich die Berufspraxis der ApothekerInnen weiterentwickelt, muß dem auch die Ausbildung Rechnung tragen. Veränderungen sind notwendig, damit die ApothekerInnen dem Anspruch der kompetenten Beratung im Bereich der Arzneimittelauswahl - insbesondere gegenüber der Ärzteschaft - gerecht werden können. Dabei ist es mit der Einführung des 8. Hochschulseesters nicht getan. Der großen Bedeutung der Pharmakologie und Toxikologie muß mit der Einrichtung eigener Lehrstühle an allen pharmazeutischen Instituten und dem Angebot eines Kurses "Medizin für ApothekerInnen" entsprochen werden. Die traditionellen Fächer und Praktika sind zu straff (so z.B. bei der pharmazeutischen Chemie und bei der Analytik). Hierbei muß auch Zeit und Raum geschaffen werden für fakultative Praktika und Vorlesungen über weniger arzneimittelorientierte Therapieansätze (Ernährungslehre, Diätetik, Gesundheitspädagogik) und über alternative Therapierichtungen wie Homöopathie oder Anthroposophie. Das Hauptziel der Ausbildung muß die Anleitung zum selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten werden, da die reine Vermittlung von Fachwissen, angesichts der vielfältigen Tätigkeitsbereiche von ApothekerInnen und angesichts des wissenschaftlichen Fortschritts, immer ungenügend bleibt. Zu einer praxisbezogenen Ausbildung gehören auch Themen der "Sozialpharmazie", in dem die Funktion des Arzneimittels in der Gesellschaft, die psychologischen Aspekte des Arzneimittelwunsches und die gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit gelehrt werden. Nicht nur hier wären Ansätze zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen möglich, um die Voraussetzungen für eine spätere Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, GesundheitspädagogInnen und SozialarbeiterInnen zu verbessern.

## Sozialpharmazie

Die neue Approbationsordnung für ApothekerInnen berücksichtigt nicht die wissenschaftlichen Grundlagen einer theoretischen und systematischen Reflexion über die Aufgaben des Berufs der ApothekerIn im Rahmen unseres Gesundheitswesens. Die gesetzliche Aufgabe der ApothekerIn erfordert in einem modernen Industrie- und Sozialstaat mehr als nur naturwissenschaftliche und pharmakologische Kenntnisse. Die Einbettung der Arzneimittelversorgung in die Strukturen unseres Sozial- und Gesundheitswesens muß verstanden und mit wissenschaftlichen Methoden auch der Sozial-, Wirtschafts- und Geisteswissenschaften analysiert und bewertet werden.

In dieser Beziehung waren die Angehörigen des Apothekerberufs bisher völlig unzureichend ausgebildet. Grundlage einer Auseinandersetzung mit dieser Problematik ist die Beschäftigung mit den Themen des Faches der Sozialpharmazie, wie es in nordeuropäischen Ländern und in den USA bereits gelehrt wird und in der ehemaligen DDR bereits gelehrt wurde. Dieses Fach sollte sozial-, wirtschafts-, verhaltens- und geisteswissenschaftliche (wissenschaftstheoretische, ethische) Aspekte des Arzneimittelbegriffs, der Arzneimittelverteilung und des Arzneimittelgebrauchs beinhalten. Gerade diese Lehrveranstaltung ist bei größtmöglicher Wahlfreiheit seitens der StudentInnen geeignet, den angehenden ApothekerInnen die gesellschaftliche Einbindung ihres Berufes besser verständlich zu machen und damit ihre Rolle im Gesundheitswesen besser zu begründen. Deswegen muß dieses Fach bei einer Neufassung der Approbationsordnung in die Ausbildung der ApothekerInnen eingebaut werden.

## Struktur und Politik der Landesgremien

Solange die Zwangsorganisation Apothekerkammer für die ApothekerInnen besteht,

- die der Öffentlichkeit die Einheit des Berufsstandes suggeriert
- die kritische Stimmen herausfiltert und neutralisiert,
- der man sich als ApothekerIn nicht entziehen kann,
- die durch Zwangsbeiträge eine gesicherte finanzielle Grundlage hat,
- die in der staatlichen Administration gegenüber anderen Berufen mit besonderen Privilegien ausgestattet ist und

- die in erster Linie eine privilegienswahrende statt einer patientenorientierten Politik betreibt, setzen wir uns mit der Politik dieser Gremien auseinander. Wir fordern vor allem eine Demokratisierung dieser Institution und ihrer Dachorganisationen. Ihre Realisierung schafft erst den Übergang von nur formal zugestanderener zu praktizierter Demokratie/Mitbestimmung.

Wir kritisieren die in sich geschlossene Gesellschaft der Dachorganisationen BAK (Bundesapothekerkammer), DAV (Deutscher Apothekerverein), ABDA (Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker) - ihre Organe werden weitgehend vom ständig gleichen Personenkreis besetzt; abweichende Meinungen aus dem Berufsstand werden daher kaum berücksichtigt. Die von unserer Seite geforderte Offenlegung der Zusammensetzung der Hauptversammlung der Deutschen Apotheker nach Geschlecht, Status und berufspolitischer Funktion wurde bisher stets abgelehnt.

Wir stellen fest, daß die ABDA in erster Linie eine Apotheken-Besitzerorganisation ist. Angestellte haben durch Struktur und Satzung der ABDA keine Möglichkeit, die Mehrheit der Mitgliederversammlung der ABDA zu stellen. Auch die Hauptversammlung des Deutschen Apothekertages spiegelt diese gewollte Situation wider: dies zeigt sich darin, daß 50% der Delegierten von den Apothekervereinen gestellt werden. Der ABDA-Aufbau bestimmt daher auch die Ausrichtung der Berufspolitik auf die Vertretung ständischer und materieller Interessen der Apothekenbesitzer. Deshalb fordern wir eine strikte Trennung von Apothekervereinen und Apothekerkammern auf Bundesebene. In der letzten Konsequenz bedeutet dies eine Auflösung der ABDA. Wir fordern für alle Kammerbezirke:

- Verhältniswahlrecht statt Mehrheitswahlrecht,
- Vertretung aller relevanten Gruppen des Berufsstandes in den Vorständen der Kammern und in ihren Dachorganisationen,
- Transparenz der Kammerarbeit,
- Herausgabe wichtiger Entscheidungen der Kammer nur nach Konsensbeschluß oder nach Mehrheitsbeschluß unter Hinzufügung von Minderheitenvoten,
- Streichung des zu Fehlinterpretationen führenden Terminus' "Vertretung der beruflichen Belange" aus dem Aufgabengebiet der Kammern.

### Zur EG-Problematik des Arzneimittelmarktes

Der ab 1993 bestehende gemeinsame Markt wird auch für die Vermarktung von Arzneimitteln einige Veränderungen bewirken, sowohl positive wie negative.

Positiv ist sicherlich, daß eine europäische Diskussion über Arzneimittel und die geplanten abgestuften Zulassungsverfahren (zentral, dezentral und national) die Mängel auf den jeweiligen Arzneimittelmärkten der Mitgliedsstaaten sichtbar machen werden: Die Ablehnung einer EG-weiten Vermarktung vieler in der Bundesrepublik zugelassener, aber nur zweifelhaft wirksamer oder nützlicher Arzneimittel wird ein wichtiges Argument für die Kritik unseres Arzneimittelmarktes darstellen und langfristig unsere Forderungen nach einer Erhöhung des Zulassungsniveaus und/oder nach einer Differenzierung in Arzneimittel einerseits und Gesundheitsmittel andererseits unterstützen. Die EG-weiten Zulassungsverfahren müssen aber transparent sein, die von uns geforderte Beteiligung von Konsumentengruppen ist bislang nicht berücksichtigt worden. Mit einer europäischen Betrachtungsweise der Arzneimittelmärkte werden auch die Marktüberwachungssysteme effizienter werden müssen. Die vorgesehene Pharmacovigilance (dem derzeit schon bestehenden französischen Modell nachempfundenen Nebenwirkungserfassungsmethodik) kann die Arzneimittelsicherheit und damit den Patientenschutz erhöhen helfen. Auch die Verpflichtung auf eine verbesserte Regulierung bei der Durchführung von klinischen Studien (GCP = Good Clinical Practice) bedeutet mehr Schutz für Probanden und Patienten.

Positiv können sich auch vorhandene Regulationen in anderen EG-Arzneimittelmärkten auswirken: Preisverhandlungen wie in Großbritannien oder Frankreich, nachfrageregulierende Listen für den Bereich des nationalen Gesundheitsdienstes in Großbritannien oder für die Krankenversicherung in Frankreich werden auch bei uns die

Diskussionen um Positivlisten oder erweiterte Negativlisten für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vereinfachen und Möglichkeiten eröffnen, das Arzneimittelangebot, unser Arbeitsumfeld, rationaler zu gestalten.

Positiv können sich auch Regulierungsmodelle auswirken, die eine modifizierte Honorierung von Apotheken vorsehen, so daß die Tätigkeit von ApothekerInnen entökonomisiert würde, damit Beratung und Prävention im Mittelpunkt der Berufsausübung in der Apotheke stehen können (z.B. Fixaufschläge für Arzneimittel wie in Holland). Dies kommt unserer Forderung entgegen, Apotheken zu bevölkerungs- und stadtteilnahen Gesundheitszentren zu entwickeln.

Negativ ist allerdings die weiterhin bestehende und sogar ausgeweitete Möglichkeit, für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel Laienwerbung machen zu dürfen, dies gilt vor allem für den audiovisuellen Bereich. Hier bestehen wir nach wie vor auf einem **generellen Verbot der Laienwerbung**.

Negativ ist auch die Möglichkeit, bislang rezeptpflichtige Arzneimittel immer dann in die Selbstmedikation zu entlassen, wenn eine Anwendung auch ohne ärztliche Kontrolle sicher für den Patienten erscheint. Die Verfügbarkeit von Cimetidin in der Selbstmedikation, wie in Dänemark, ist kein geeignetes Mittel zur Kostendämpfung. Hier fordern wir problemangemessene Entscheidungen, die den notwendigen Patientenschutz nicht vernachlässigen. Kostendämpfungs- oder Selbstbeteiligungsstrategien dürfen hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit nicht zu Lasten der VerbraucherInnen oder PatientInnen gehen.

Die EG-Politik bietet einige Ansätze, mit denen eine verbesserte Arzneiversorgung möglich erscheint. Wichtig ist für unseren Verein eine aktive Zusammenarbeit mit Konsumentenorganisationen im europäischen und internationalen Bereich (z.B. Health Action International (HAI) oder Bureau de Européenne Consommateurs (BEUC)), um entweder durch direkte Beteiligung in Kommissionen oder durch ein breit angelegtes Informationsnetzwerk den bisher nicht berücksichtigten Forderungen kontinuierlich Nachdruck verleihen zu können.

### Gesundheit und Politik

Gesundheit ist ohne Politik nicht machbar, sie ist Ergebnis eines gesellschaftlichen Prozesses, der anerkennt, daß Gesundheit mehr ist als nur Arbeitsfähigkeit oder Abwesenheit von Krankheit, sondern daß sich zum physischen auch das psychische und soziale Wohlbefinden einstellen muß. Die gesellschaftliche Lage, die Arbeits-, Wohn- und Beziehungsbedingungen, in denen wir leben, tragen daher zu unserer Gesundheit bei, sie können sie aber auch zerstören. Die Angst im Alltag, ob vor möglicher Arbeitslosigkeit oder Kriegswirrnissen, ob vor dem Ozonloch oder den Auswirkungen des Giftmülls auf unsere Ökologie, die Belastungen am Arbeitsplatz durch vorgegebene enge und kommunikationsfeindliche Zeitstrukturen, durch Lärm, Hitze, grelles Licht oder aggressive Chemikalien, die Unsicherheiten der Risikobewertung von Atomkraft oder Gentechnologie oder die Unzufriedenheit über beengte Lebensverhältnisse und die Sorge um die Zukunft unserer Kinder - all dies beeinträchtigt unsere Gesundheit und führt in letzten Jahren neben den somatischen Erkrankungen zu einem deutlichen Anstieg der psychosomatischen Beschwerden: Bei den Gründen für Arbeitsunfähigkeit stehen psychosomatische Erkrankungen in der Zwischenzeit neben den Beschwerden der Gelenke, des Magens und der Atemwege an vorderster Stelle.

Diese Zusammenhänge prägen auch für uns als Pharmazeutinnen und Pharmazeuten unseren Berufsalltag, die Arzneimitteltherapie ist nun einmal die am häufigsten angewendete Therapie bei allen Krankheitszuständen, ob somatischer, psychischer oder psychosomatischer Ursache. Daher steigt mit diesen krankmachenden Faktoren in unserer Gesellschaft auch der Konsum von Arzneimitteln in diesen Bereichen deutlich an, sie werden zu den Hilfsmitteln, die zu einer Anpassung an die jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen und Anforderungen verhelfen sollen. Der steigende Konsum von Schmerzmitteln im weitesten Sinne (Rheumamittel, Magenmittel) oder psychotropen Mitteln (Tranquilizer, Antidepressiva, Hypnotika) signalisiert zwar die bestehenden individuellen Probleme, er ist aber auch Anzeichen für die gesellschaftskonforme Lösungsstrategie, die den Mißbrauch von Arzneimitteln als Dopingmittel für den Alltag nicht mehr diskreditiert, sondern geradezu erwartet.

Auch gesellschaftliche Diskriminierung führt zu Krankheit, da unter solchen Bedingungen weder ein psychisches noch ein soziales Wohlbefinden entstehen kann. Hierunter leiden vor allem Frauen, ältere Menschen und Auslän-

der. Deren Lebensbedingungen sind geprägt von alltäglicher Isolation, von Chancenungleichheit, von geringer Wertschätzung ihrer Arbeit, von Entfremdung. Frauen werden zwar als zuständig betrachtet für die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Familien und ihrer Umgebung, ihr eigenes Wohlbefinden stellen sie jedoch häufig über Psychopharmaka her - 2/3 aller Verordnungen von Tranquilizern oder Antidepressiva gehen an Frauen. Ältere Menschen werden häufig sinnlos übertherapiert, da im Verständnis der Medizin alles Abweichende von der Norm des gesunden Menschen "in den besten Jahren" behandlungsbedürftig ist. Und Ausländer, die nur geduldet in Sammellagern leben, die als zusätzliche Belastung ihre Entwurzelung von der Heimat und ihrer Kultur bewältigen müssen, die mit zunehmender Ausländerfeindlichkeit an den Rand unserer Gesellschaft gedrückt werden, reagieren mit häufigen Magenkrankheiten, die sie mit H<sub>2</sub>-Antagonisten überstehen. Ihre Informationen über diese Mittel sind zumeist gering, Folge unverständlicher und nicht-übersetzter Beipackzettel.

In besonderer Weise sind wir als Pharmazeutinnen und Pharmazeuten aufgerufen, auf die Verbesserung der ökologischen Randbedingungen unseres Berufsalltages zu achten. Der mit dem Wohlstand steigende Arzneimittelkonsum hat den Umweltschutz viel zu lange vernachlässigt. Herstellung, Verpackung oder Darbietung von Arzneimitteln oder medizinischen Geräten produzieren bislang noch meist nicht-recyclingfähige Rückstände ("HV-Aufsteller"), die Entsorgung von Arzneimitteln als Sondermüll ist noch immer nicht in allen Bundesländern geregelt. Die gesetzliche Auflage, in jeder Apotheke umfangreiche Reagenziensätze vorrätig zu halten und Arzneimittelprüfungen durchzuführen, mutet unter dem Aspekt der Entsorgung all dieser Analyserückstände anachronistisch an, zentrale Untersuchungsinstitute könnten den Laborabfall zumindest minimieren und spezielle Prüfungen z.B. bei Teedrogen auf radioaktive Belastung, auf Kontamination mit Pflanzenschutzmitteln oder auf den Gehalt an Schwermetallen durchführen. Der Begriff der Technik- oder Risikofolgeabschätzung ist im Arzneimittelbereich noch neu, dabei sind diese Überlegungen auch in unserem Berufsumfeld längst überfällig (Beispiele: FCKW-haltige Sprays oder quecksilberhaltige Desinfizientien). Das Müllproblem der industrialisierten Länder darf nicht durch den Export von Giftmüll in die sog. 3. Welt gelöst werden, genauso wenig Sinn macht es aber auch, überflüssige und nur zweifelhaft nützliche, vielfach sogar gefährdende Arzneimittel dorthin zu exportieren.

Die Anwendung von radioaktiver Strahlung und Gentechnologie hat längst Einzug in unseren Berufsalltag gehalten: Sinnvolle Diagnostika (z.B. bei der Szintigraphie) oder gentechnologisch hergestellte Hämatopoetika (z.B. Erythropoietin) dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, daß damit grundsätzlich die Nützlichkeit und Beherrschbarkeit dieser neuen Technologien nicht bestätigt ist. Demokratische Kontrollverfahren und Folgeabschätzungen sind bislang im Zulassungsverfahren nicht ausreichend etabliert. Nicht ausreichend geregelt ist z.B. auch die Deklarationspflicht bei gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln und das Verbot, transgene Tiere für die Arzneimittelherstellung zu nutzen. In diesem Zusammenhang betrachten wir z.B. die patentierte Krebsmaus als eine grobe Verletzung des Tierschutzes.

Was wäre aber unsere Gesundheit und unser Berufsalltag, wenn wir nicht in Frieden leben könnten. Wenn sich auch die Ost-West-Beziehungen deutlich verbessert haben und kriegerische Auseinandersetzungen zwischen diesen beiden Blöcken unwahrscheinlich geworden sind, so wird doch die Polarisierung durch das Nord-Süd-Gefälle immer deutlicher. Die Gefahr der krisenhaften Zuspitzung wird uns in den kommenden Jahren begleiten. Gesundheit und Politik sind auch für uns Pharmazeutinnen und Pharmazeuten unauflösbar verbunden, der isolierte Blick auf Arzneimittel und deren Anwendung verstellt den systemischen Zugang zum Gesundheitsbegriff und bleibt beim Kurieren von Symptomen stehen. Erst das Vordringen zu den Ursachen, die nur scheinbar keine Auswirkungen auf unser aller Wohlbefinden haben, und das Erkennen von Zusammenhängen macht wirkliche Gesundheitspolitik möglich.

(Gerd Glaeske)

## Frauen in der Pharmazie, Frauen und Arzneimittelverbrauch

Ein Blick in die jährlich vorgelegten ABDA-Geschäftsberichte macht es deutlich: Von einer wirklichen Gleichberechtigung sind die Apothekerinnen noch weit entfernt. Trotz des hohen Frauenanteils (81%) liegt der Anteil der Apothekenleiterinnen nur bei 36%. Auch die Tatsache, daß über die Hälfte der approbierten Mitarbeiterinnen teilzeitbeschäftigt arbeitet, läßt die Vermutung zu, daß sich auch hier die typische Doppel- und Mehrfachbelastungen der Frauen widerspiegelt (die Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die alten Bundesländer).

Ein Blick in die Reihen derer, die in der Pharmazie Standespolitik betreiben, zeigt große Defizite, nur wenige Frauen sind dort tätig. Der Versuch, diese mit einer fehlenden Qualifikation, Opfer- und Leistungsbereitschaft der Apothekerinnen zu erklären, wird immer dann unternommen, wenn die Befürworterinnen einer Quotenregelung aktiv werden. Daß sich dagegen insbesondere Kolleginnen als Gegnerinnen profilieren, macht deutlich, wie weit der Weg bis zu einer echten Gleichberechtigung noch ist. Dennoch hat inzwischen die von uns konsequent geführte "Quotenfrau"-Debatte Bewegung in die Standespolitik gebracht. Einige wenige Kammern bemühen sich um die verstärkte Mitarbeit von Apothekerinnen. In Berlin und Westfalen/Lippe wurden Frauenbeauftragte gewählt, die in Zusammenarbeit mit interessierten Kolleginnen - auch aus den Reihen der überwiegend von Frauen repräsentierten anderen Berufen des Apothekenbereichs - versuchen, frauenspezifische Probleme darzustellen, zu diskutieren und zu bewältigen. Auch in der Industrie, in der Krankenhausapotheke, in Lehre und Forschung sind die Frauen - insbesondere in leitenden Positionen - immer noch die Ausnahme.

Da die Frau in vielen gesellschaftlichen Bereichen benachteiligt wird, muß die Forderung nach Gleichberechtigung neben den beruflichen auch alle anderen Lebenszusammenhänge einbeziehen. Ziel muß es sein, die gesetzlich garantierte Gleichstellung von Mann und Frau in allen Lebensbereichen praktisch durchzusetzen. Daher müssen:

- für eine Berufstätigkeit der Frau ohne Nachteile sozialpolitisch angemessene Rahmenbedingungen geschaffen werden.
- Um die berufliche Benachteiligung abzubauen, fordern wir eine Quotierungsregelung in Lehre und Forschung, im öffentlichen Dienst und in den Standesvertretungen.
- Wir fordern für alle Kammern die Wahl einer Frauenbeauftragten, die - mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet - frauenspezifische Probleme und Forderungen in und mit der Selbstverwaltung zu lösen versucht.
- Wir wenden uns gegen die Diskriminierung der Frau, die wir auch in unserem berufspolitischen Alltag ständig sehen oder erleben, z.B. als frauenfeindliche Werbung, in einer Medizin, die das Frau-Sein zur Krankheit erklärt (Schwangerschaft, Klimakterium), in der Neigung vieler Ärzte, bei gleicher Diagnose Frauen häufiger Arzneimittel zu verordnen als Männern, in dem Versuch großer Arzneimittelkonzerne, insbesondere Frauen in der "Dritten Welt" als Versuchsobjekte zu mißbrauchen, oder ihr Unwissen und Vertrauen als Konsumentinnen und Mütter auszunutzen (künstliche Babynahrung, unsinnige Antibiotika-Kombinationen, Vitaminpräparate).

## Gentechnologie

Mit Hilfe gentechnischer Methoden sind wesentliche Aspekte des Lebens (Vorgänge in der Zelle) der Forschung und damit auch der Manipulation zugänglich geworden. Biosynthetisch können mittlerweile die Artschranken und damit Jahrtausende evolutionärer Entwicklung überwunden werden. Bioanalytisch ist bereits die Aufklärung des menschlichen Genoms in Aussicht.

Die variablen Einsatzmöglichkeiten dieser neuen Technologie sind für viele Industriezweige (Pharma-, Chemie-, Agrar-, Lebensmittelindustrie etc.) interessant. Besonders im Bereich der größten öffentlichen Akzeptanz - Gesundheit, Medizin und Pharmazie - ist die Entwicklung am weitesten fortgeschritten.

Die Faszination der "endgültigen Besiegbarkeit" bisher unheilbarer Leiden und Erbkrankheiten beflügelt die Hoffnung der Kranken und die Gewinnaussichten der Pharmaindustrie. Wir geben jedoch folgende Aspekte zu bedenken:

- Gentechnische Sicherheitsforschung wird zugunsten einer anwendungsorientierten Entwicklung bisher weitgehend vernachlässigt. Eine adäquate Technologiefolgenabschätzung ist daher unmöglich. Die ökologischen Risiken einer absichtlichen oder versehentlichen Freisetzung gentechnisch manipulierter Mikroorganismen sind zur Zeit unkalkulierbar.
- Gentechnisch hergestellte Arzneimittel befinden sich bereits auf dem Markt, die hochgesteckten Erwartungen wurden jedoch vielfach enttäuscht (z.B. Interferone in vielen Anwendungsbereichen, Humaninsulin, tPA). Der hohe Investitionsdruck verlangt jedoch die Vermarktung trotz medizinischer Risiken (z.B. erhöhte Gefahr durch Hypoglykämien bei der Umstellung von tierischen Insulinen auf Humaninsulin) oder kostengünstigerer Alternativen (z.B. tPA vs. Streptokinase, Urokinase o.ä.). Der vermeintliche Fortschritt geht dabei zu Lasten von Kranken und Krankenkassen. Mit nur einigen wenigen Produkten konnte bisher ein therapeutischer Fortschritt erzielt werden, erwähnenswert sind gentechnologisch hergestellte Erythropoietin- oder Somatotropin-haltige Arzneimittel. Im übrigen wird die Vermarktung gentechnologischer Arzneimittel auch dadurch gefördert, daß eine längere Patentlaufzeit hochtechnologischer hergestellter Arzneimittel (10 Jahre statt 6-8 im Normalfall) höhere Umsatzerträge verspricht.
- Molekulargenetische Manipulationen an menschlichen Erbanlagen sind in der Erprobung. Die zunehmenden Erkenntnisse der Genom-Analyse verlangen nach adäquater Behandlung durch Genterapie oder der noch umstrittenen Keimbahntherapie. Eugenische Fragen der "Erbgesundheit" erlangen dadurch eine neue Qualität und werden erhebliche soziale Auswirkungen mit sich bringen.
- Das aufgrund der kritischen Haltung der Öffentlichkeit installierte Gentechnikgesetz gesteht den Betreibern gentechnischer Anlagen weitgehende Freiräume zu, während Forderungen nach größeren Sicherheitsmaßnahmen, nach öffentlicher Beteiligung und nach Orientierung am gesellschaftlichen Nutzen des jeweiligen Produkts kaum Eingang gefunden haben. Sogar die Förderung der Gentechnologie wurde im Gesetz verankert.

Wir meinen, daß auch in der Gentechnologie Forschung und Entwicklung an ihrem gesellschaftlichen Nutzen gemessen werden müssen. Das ist gegenwärtig nicht der Fall. Vielmehr werden Inhalte und Ziele der Gentechnologie von wirtschaftlichen Interessen bestimmt, ohne die Öffentlichkeit daran zu beteiligen oder ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Unsere Forderungen lauten daher:

- Staatliche Förderung einer umfassenden Sicherheitsforschung
- Entflechtung staatlicher Förderung und privatwirtschaftlicher Interessen
- Keine Freisetzung gentechnisch manipulierter Organismen
- Keine Patentierung gentechnisch veränderter Lebewesen
- Verbot militärischer Forschung mit gentechnischen Methoden
- Verbot des Eingriffs in die menschliche Keimbahn
- Restriktiver Datenschutz für das menschliche Genom
- Neuformulierung der gesetzlichen Grundlage für eine demokratisch kontrollierte Entwicklung und Anwendung in der Gentechnologie
- Die gentechnologische Herstellung von Arzneimitteln soll nur dann erlaubt werden, wenn für lebenswichtige Situationen oder bei lebensbedrohlichen Erkrankungen bislang keine therapeutische oder nur eine risikobehaftetere Beeinflussung möglich war. Die gentechnologische Herstellung von Arzneimitteln soll sich damit auf das therapeutisch Notwendige beschränken und nicht grundsätzlich, z.B. aus Gründen der niedrigeren Herstellungskosten, auf technisch Machbares übertragen werden.

(Franz Kirchner)

## Ökologie und Umweltschutz

Noch immer werden Umweltgüter ohne Rücksicht auf ökologische Belastungsgrenzen vordergründig unter kurzfristigen ökonomischen Nutzungsgesichtspunkten gesehen. Unsere menschlichen Lebensbedingungen sind aber gefährdet, wenn wir zur Erhaltung unseres derzeitigen Lebensniveaus die Zerstörung der Ökosysteme Wasser, Boden und Luft weiter vorantreiben. Die Gestaltung einer menschenwürdigen und umweltverträglichen Zivilisation, die sich auch den künftigen Generationen verpflichtet fühlt, wird daher zu einer global politischen Aufgabenstellung, zu einem Gebiet der Prävention und Sozialmedizin.

Mangelnde Umweltverträglichkeit bedeutet nämlich auch Verschlechterung unseres Gesundheitszustandes, Abgas-belastete Luft, Schwermetall-belastete Nahrungsmittel oder Nitrat-belastetes Trinkwasser führen zu Erkrankungen, die durch Arzneimittel, manchmal nützliche, vielfach aber zweifelhaft wirksame, nur vordergründig behandelt werden können. Wenn Arzneimittel aber immer häufiger eingenommen werden, obwohl ihr Nutzen nicht ausreichend bestätigt ist, können auch hierdurch Umweltprobleme entstehen: Herstellung, Verpackung und Vernichtung von Arzneimitteln erzeugen riesige, nicht recycling-fähige Müllberge.

Wir fördern daher:

- Mehr Umweltschutz durch die Beschränkung des Arzneimittelmarktes auf solche Arzneimittel, die einen therapeutischen, hygienischen oder präventiven Nutzen nachgewiesen haben. Die Herstellung überflüssiger Arzneimittel bedeutet Ressourcenverschwendung und erhöht nur das Sondermüllaufkommen.
- Bei der Zulassung von Arzneimitteln muß obligatorisch deren Umweltverträglichkeit geprüft werden. FCKW-haltige Sprays sollen nicht mehr zugelassen werden.
- Mehr ökologisch vertretbare Forschungsstrategien zur Entwicklung und Testung neuer Arzneimittel mit dem Ziel, die Tierversuche auf das unbedingt notwendige Ausmaß unter Einhaltung der Bestimmungen des Tierschutzes einzuschränken, (z.B. durch die Anwendung neuer Testmethoden zur Bestimmung der Toxizität von Wirkstoffen).
- Bessere, umweltverträglichere Entsorgungskonzepte für nicht mehr verwendbare Arzneimittel und stärkere Beachtung der Verwendung recyclingfähiger Materialien bei der Herstellung und Verpackung von Arzneimitteln. Hierzu gehört auch die Einstellung von Ressourcen-verschwendenden Werbe- und Aufstelleraktionen.
- Strengste Qualitätskriterien für Arzneimittel/Gesundheitspflegemittel vor allem hinsichtlich ihres Gehaltes an Pflanzenschutzmittelrückständen, an Schwermetallen und im Hinblick auf die radioaktive Belastung.

(Kristina Kasek)

## Für Frieden - gegen Krieg

Gesundheit als Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist während eines Krieges unerreichbar. Als Angehörige des Gesundheitswesens muß uns deshalb die Erhaltung des Friedens besonders am Herzen liegen. Als eine wichtige Aufgabe sehen wir dabei den Abbau von Feindbildern und die Vertrauensbildung zwischen den Völkern an. Dies um so mehr, da das Ende des Kalten Krieges die Erde nicht friedvoller hat werden lassen, wie der Krieg der USA mit ihren UN-Alliierten gegen den Irak zeigte, unter dem in erster Linie die Zivilbevölkerung zu leiden hatte. Ähnliche Auseinandersetzungen könnte es in Zukunft immer häufiger geben, da das Gleichgewicht der Großmächte USA und UdSSR nicht mehr existiert und als Folge davon die politische Weltkarte unübersichtlicher geworden ist. Die Diskussionen um den Einsatz von Bundeswehr-Truppen am Golf zeigt auch für die deutsche Bevölkerung die Gefahr, in einen Krieg hineingezogen zu werden.

Um die Angehörigen unseres Berufsstandes für unsere Ziele zu gewinnen, ist die Zusammenarbeit mit Friedensinitiativen, besonders solchen im Gesundheitswesen (z.B. mit der IPPNW), von großer Bedeutung. Dazu ist es ja schon während der Auseinandersetzung um das sog. "Katastrophenschutzergänzungsgesetz" gekommen, das u.a. die Einbindung des Gesundheitswesens in den Zivilschutz gewährleisten soll. Für uns ist jedoch der Schutz der Zivilbevölkerung angesichts des horrenden Potentials an Massenvernichtungswaffen eine Illusion. Auch die

Zusatzprotokolle zum Genfer Rotkreuz-Abkommen, die 1977 nach den schrecklichen Verlusten der Zivilbevölkerung während des Vietnam-Krieges den Zivilschutz international regeln sollten, verbieten den Einsatz dieser Waffen. Ohne dieses Verbot stellt der Zivilschutz nur ein Mittel der psychologischen Kriegsführung dar, durch das die Kampfmoral der Soldaten gestärkt und die Bevölkerung beruhigt werden soll.

Alle Massenvernichtungswaffen müssen verboten werden. Forschung, Produktion, Testung, Proliferation und Anwendung atomarer, biologischer und chemischer Waffen müssen verboten und schon existierende Waffen müssen weltweit vernichtet werden.

Die Politiker müssen ernsthaft Möglichkeiten der Überprüfung dieses Verbotes entwickeln und Verstöße unter hohe Strafe stellen.

PharmazeutInnen, die in der Industrie, der Bundeswehr und den Universitäten an der Entwicklung solcher Waffen beteiligt sind, müssen aufgerufen werden, diese Tätigkeiten einzustellen.

Erst dann, wenn es keine Massenvernichtungswaffen mehr gibt, wird man über ein sinnvolles Zivilschutzkonzept nachdenken können.

(Thomas Hammer)

## "Zivile" Nutzung der Kernenergie

Die "friedliche" Nutzung der Kernenergie war ein Folgeprodukt der Atombombenentwicklung. Noch heute sind militärisches und "ziviles" Atomprogramm nicht voneinander zu trennen. Jedes Jahr könnte das gesamte Leben auf der Welt mit den in den Atomanlagen erzeugten radioaktiven Strahlen ausgelöscht werden. Schon im Normalbetrieb eines Atomkraftwerkes ist die Emission von Radionukleotiden trotz Einhaltung "größter" Sicherheitsmaßnahmen nicht zu verhindern. Allein im Jahre 1987 wurden aus bundesdeutschen AKWs etwa 300 "besondere Vorkommnisse" gemeldet. Tschernobyl und Harrisburg haben die prinzipiell nicht beherrschbaren Risiken dieser Technologie gezeigt. Dazu kommen die Risiken durch unzählige Atomtransporte, Tiefflüge über Atomanlagen und durch den Uranabbau. Darüber hinaus kann es wegen der sehr langen Halbwertszeiten der Radioaktivität niemals eine sichere Endlagerstätte geben. Mit der z.Zt. üblichen "Zwischenlagerung" täuscht die Atomindustrie darüber hinweg und verlagert das "Entsorgungsproblem" in die Zukunft.

Jede Art radioaktiver Strahlung ist schädlich. Sie fördert das Entstehen von Krebserkrankungen, Immunschwächen und genetischen Schäden. Diese Risiken werden durch die vielfachen Belastungen unserer Umwelt potenziert. Für den Fall einer Atomkatastrophe sind weder wir noch andere in der Lage, wirksame Hilfe zu leisten.

Deshalb gilt: Vorbeugen ist besser als Heilen. Wir fordern:

- die sofortige Stilllegung aller Atomanlagen und
- die Vernichtung aller Atomwaffen.

## Die Arzneimittelversorgung in der "Dritten Welt"

Die Probleme der sog. Dritten Welt sind vielschichtig. Sie betreffen mehr oder weniger alle sozialen und ökonomischen Bereiche. Verstärkt wird die Krise dieser Länder durch die Schuldenlage und andere politische Abhängigkeiten, aber auch durch das Fehlen von Fachkräften auf fast allen Gebieten, so daß eine selbständige, unabhängige Entwicklung verhindert wird.

Die hochindustrialisierten Länder haben diese verzweifelte Lage mitzuverantworten. Weil wir uns dessen bewußt sind, wollen wir Einfluß nehmen auf die politischen Entscheidungen in unserem Lande, deren Auswirkungen Länder der "Dritten Welt" betreffen.



Als PharmazeutInnen wollen wir unser Augenmerk dabei schwerpunktmäßig auf den Gesundheitsbereich richten. Die katastrophale Gesundheitslage in der *"Dritten Welt"* wird vor allem durch Armut, d.h. Unterernährung, schlechte und unhygienische Wohnverhältnisse, unzureichende Trinkwasserversorgung usw. verursacht. Eine Verbesserung ist vorrangig über eine Änderung der Lebensbedingungen, durch Prophylaxe und Gesundheitserziehung zu erreichen. Gleichzeitig muß der medizinischen Unterversorgung des größten Teil der Bevölkerung dieser Länder durch eine erweiterte Anzahl medizinischer Einrichtungen und Fachkräfte begegnet werden. Bisher wird aber ein Großteil der staatlichen Gesundheitsbudgets der betroffenen Länder für den Ankauf von Arzneimitteln verbraucht, ja verschwendet.

Die meisten Länder der *"Dritten Welt"* haben keine nennenswerte eigene Pharmaproduktion, wenn ja, unterliegt sie häufig der alleinigen Kontrolle durch multinationale Konzerne. Viele *"Entwicklungsländer"* müssen Arzneimittel im großen Umfang gegen teure Devisen importieren. Hier spielt die Pharmazeutische Großindustrie in der Bundesrepublik Deutschland als weltgrößter Exporteur eine besonders kritikwürdige Rolle.

Die Schwäche oder das Fehlen von wirksamen Zulassungs- oder Kontrollbehörden in vielen Ländern der *"Dritten Welt"* führt häufig zur Realität von *"Doppel-Standards"*: Indikationsbeschränkungen, Warnhinweise, Kontraindikationen oder Nebenwirkungen, die in den exportierenden Ländern genannt werden müssen, bleiben in Ländern der *"Dritten Welt"* aus Marketinggesichtspunkten unerwähnt, Indikationen werden unzulässig ausgeweitet (Anabolika oder Vitamin-Zubereitungen *"gegen Schwäche oder Unterernährung"*, Antibiotika, die nur bei einer bakteriellen Infektion wirken, werden *"zur Prophylaxe und zur Behandlung der meisten Infektionen"* angeboten u.a.m.), therapeutisch unsinnige Präparate, meist Kombinationspräparate, führen zur Vergeudung finanzieller Mittel, die dringend woanders gebraucht werden.

Wir fordern eine wirksame Exportkontrolle, die sich sowohl auf die Arzneimittel selber als auch auf die Informationen beziehen, mit denen Arzneimittel in *"Dritte Welt"*-Ländern vermarktet werden sollen. Diese Forderung gilt trotz der in der 4. Novellierung des Arzneimittelgesetzes vorgesehenen Einschränkungen für die Ausfuhr von Arzneimitteln (§ 73a), nach der als bedenklich eingestufte, nicht mehr im Exportland vermarktungsfähige (§ 5 AMG) oder unter irreführender Information in den Verkehr gebrachte Präparate nicht ausgeführt werden dürfen, es sei denn, die zuständige Behörde des Einfuhrlandes genehmigt deren Einfuhr. Gerade hier liegt aber die Gefahr, daß durch Werbungsstrategien der pharmazeutischen Hersteller im Einfuhrland die angebliche Notwendigkeit der Verfügbarkeit selbst solch inkriminierter Produkte erreicht wird. Die Exportkontrolle muß ausländische Tochterfirmen von Unternehmen einschließen, die in der Bundesrepublik Deutschland angesiedelt sind, damit mögliche Umgehungsstrategien eines Ausfuhrverbotes unterbunden werden.

Daher fordern wir in diesem Zusammenhang zusätzlich, daß einem *"Dritte-Welt"*-Land obligatorisch bei einer Anforderung von nicht mehr verkehrsfähigen Mitteln vor einer Einfuhrgenehmigung alle Gründe ausführlich dargelegt werden, die zu einem Marktverbot im Exportland geführt haben, damit die Einfuhrentscheidung auf einer möglichst umfassenden Informationsbasis getroffen werden kann.

Wir fordern weiterhin, daß auch Arzneimittel, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht mehr im Handel sind, weil sie als medizinisch obsolet gelten, unter das Exportverbot fallen.

Wir unterstützen die Anwendung der *"Essential Drug List"*, die von der WHO erstellt und aktualisiert wird, da sie alle wichtigen Arzneistoffe für eine pharmakotherapeutisch sinnvolle Grundversorgung (*"Primary Health Care"*-Konzept) zu vernünftigen Kosten enthält. Sie stellt eine verlässliche Orientierung dar und unterstützt wirksam die Abwehrstrategie gegen die vielfach unnötigen Angebote pharmazeutischer Hersteller.

Wir sprechen uns gegen Arzneimittelsammlungen und -spenden für Länder der *"Dritten Welt"* aus. Damit werden Warenzeichennamen und Herstellernamen *"exportiert"*, die einen gezielten Bedarf wecken und damit auch pharmazeutischen Herstellern nutzen. Wir sind vielmehr dafür, durch Geldspenden den Ankauf notwendiger Arzneimittel (u.U. auch als Bulk-Ware) zu unterstützen, die als Generika auf dem internationalen Markt zu äußerst günstigen Preisen angeboten werden (siehe Price Indicator on International Low-Price-Sources for Essential Drugs, hrsg. von medico international).

Probleme in Pharmamärkten der *"Dritten Welt"* sind vielfach Spiegelbild der Pharmamärkte in industrialisierten Ländern: Was hier nicht zugelassen ist oder war, kann (**darf, d. Sätzer**) nicht exportiert werden. Daher werden wir

alle Strategien unterstützen, die eine möglichst hohe Arzneimittelsicherheit und -qualität auf unserem Pharmamarkt versprechen (z.B. Bedürfnisprüfung, Positivliste, verbesserte Nebenwirkungserfassungssysteme).

(Gerd Glaeske)

## Historie

### **Woran knüpfen wir an?**

Der VDPP steht in der Tradition einer Reihe von Pharmazeuten (seit ca. 1900 auch Pharmazeutinnen), die sich konsequent auf die Seite der Bevölkerung gestellt haben. Diese Tradition findet sich in verschiedenen Epochen der Geschichte der Arzneimittelversorgung, jedoch hat die offizielle Pharmaziegeschichtsschreibung bisher zu wenig zu ihrer Erforschung beigetragen. Da die Kenntnis dieser Tradition zu weiterem Engagement motiviert und die Einordnung der eigenen Position in den historischen Zusammenhang verbessern hilft, fördert der VDPP die Auseinandersetzung mit der Geschichte der Pharmazie und der Arzneimittelversorgung.

### **Lehren aus der Zeit des Nationalsozialismus**

*"Die Vergangenheit deutlich machen..."* Nur zögernd wendet sich der Berufsstand seiner Geschichte in der Zeit des Nationalsozialismus zu. Auch hier zeigen sich Defizite der offiziellen Pharmaziegeschichtsschreibung. Viele Fragen bleiben offen: Warum waren die Apotheker in überdurchschnittlichem Maße für den Nationalsozialismus anfällig, in welchem Maße waren sie an den Vernichtungsaktionen der Nazis in den Konzentrationslagern oder in anderen Einrichtungen des NS-Staates beteiligt, warum ließen sich die Berufsorganisationen so leicht gleichschalten? Wir sind davon überzeugt, daß es in unserem Berufsstand starke Strömungen gab, die die Kollaboration der Apotheker mit den Nazis förderten und die z.T. bis heute nachwirken. Diese Strömungen gilt es aufzudecken, nach ihren Ursachen zu fragen, und die Ergebnisse dieser Forschung in der Berufsöffentlichkeit breit zu diskutieren. Nur so kann der Berufsstand auf ähnliche Gefahren angemessen reagieren und Ansätzen von Rassismus und Totalitarismus wirksam entgegenzutreten. Wir fordern von der gesamten Apothekerschaft, sich dieser Problematik zu stellen und entsprechende Projekte zu unterstützen.

### **Zur Rolle der Pharmaindustrie während des Nationalsozialismus**

Wir PharmazeutInnen sind durch ein Netz von Abhängigkeiten an die Pharmazeutische Industrie gebunden und sollten wissen, auf welche Traditionen diese zurückblickt. Als sich die großen Chemie- (und Arzneimittel-) Hersteller (Hoechst, Bayer, BASF, Cassella, Kalle u.a.) im Jahre 1925 zur Interessengemeinschaft (IG) Farben zusammenschlossen, hatten die beteiligten Firmen schon mehr oder weniger umfangreiche Erfahrungen in der gewinnträchtigen Kriegsproduktion (Schießpulver, Gas-Kampfstoffe). Die Zusammenarbeit zwischen Industrie und dem kriegsvorbereitenden Staat steigerte sich noch in der Zeit des Nationalsozialismus. Ohne die IG-Farben wäre Deutschland nicht in der Lage gewesen, den Zweiten Weltkrieg zu entfesseln. Sie lieferte einen großen Teil des notwendigen Kriegsmaterials und bediente sich zur Produktion ihrer Waren der Häftlinge aus Konzentrationslagern. Im Buna-Werk der IG-Farben in Auschwitz verloren 30000 Menschen im Arbeitseinsatz ihr Leben. Die IG-Farben verdiente auch direkt an der fabrikmäßigen Ermordung der KZ-Häftlinge durch die Lieferung von 10000 kg Zyklon B nach Auschwitz. Sie nahm zudem den Tod von Menschen bei Experimenten zu *"Forschungszwecken"* in Kauf. Eine intensive und schonungslose Offenlegung der Verstrickungen der chemisch-pharmazeutischen Industrie mit dem NS-Staat wurde nach 1945 verhindert, um den Aufschwung in Westdeutschland unter dem Eindruck des beginnenden Kalten Krieges zu erleichtern. Dabei ging die Verhinderung der Verbrechensaufklärung auch auf Interventionen der westlichen Alliierten zurück. Herausragende und z.T. als Kriegsverbrecher verurteilte Vertreter der IG-Farben übernahmen in den fünfziger Jahren wieder wichtige Positionen in den Nachfolgefirmen dieses Konzerns. Die Kontinuität demonstrierte z.B. Quimica Hoechst nach dem blutigen Militärputsch in Chile, als sie in einem Brief vom 17.9.1973 an das Stammhaus in Frankfurt a.M. von einer erfolgreichen *"Säuberungsaktion"* schrieb. Da wir unseren Beruf im gleichsam übergroßen Schatten der Pharmazeutischen Industrie ausüben, müssen wir überlegen, wie wir unser Verhältnis zu eben jener Industrie gestalten wollen. Unser Bemühen muß dahin gehen, eine größere Unabhängigkeit herzustellen und für eine demokratische Kontrolle dieser Industrie einzutreten.

# Termine

Für das Frauenseminar und die Mitgliederversammlung sind noch Plätze frei:

## **VDPP-Frauenseminar**

*Frauen und Medikamente*

8.-10.5.1992, Kaufungen

### **Kontaktadresse:**

Fleming Apotheke

Grindelallee 182

2000 Hamburg 13

Tel.: 040-45 87 68

## **Mitgliederversammlung**

19.-21.6.1992, Hohenroda

### **Kontaktadresse:**

Ulrich Hagemann

Eosanderstraße 14

1000 Berlin 10

Tel.: 030-342 61 57



## **Regionaltreffen**

- in Berlin:** Termine bitte bei Udo Puteanus erfragen, Tel.: 030-322 19 68
- in Hamburg:** Termine bitte in der Fleming-Apotheke erfragen, Tel.: 040-45 87 68
- in Hessen:** Bitte bei Anita Maas nachfragen, Tel.: 06221-203 49
- in Niedersachsen:** Bitte bei Dorothea Hofferberth nachfragen, Tel.: 05151-64 096
- in NRW:** am Montag, 4.5.1992, 19.30 Uhr in Düsseldorf,  
Restaurant Unikom (in der Mensa)  
Universitätsstraße, Straßenbahnlinie 704

## Adressen der regionalen Kontaktpersonen

### Baden-Württemberg

Hanne Lederer  
Stadt-Apotheke  
Espantorstraße 1  
7972 Isny  
Tel.: 07562 - 8524  
07562 - 4417 (privat)

### Bayern

Michaela Hobmair-Halberstadt  
Königinstraße 51  
8000 München 22  
Tel.: 089 - 34 74 00

### Berlin

Ulrich Breckheimer  
Apotheke am Funkturm  
Neue Kantstraße 18  
1000 Berlin 19  
Tel.: 030 - 321 67 61  
030 - 332 63 89 (privat)

### Brandenburg

siehe Berlin

### Bremen

Jutta Frommeyer  
Igel Apotheke  
Schwaneweder Straße 21  
2820 Bremen 71  
Tel.: 0421 - 60 50 54

### Hamburg

Susanne Meyer  
Fleming-Apotheke  
Grindelallee 182  
2000 Hamburg 13  
Tel.: 040 - 45 87 68

### Hessen

Franz Kirchner  
Hilligengasse 13  
6230 Frankfurt-Hoechst  
Tel.: 069 - 30 66 89

### Mecklenburg-Vorpommern

siehe Berlin / Hamburg

### Niedersachsen

Gabi Beisswanger  
Husarenstraße 50  
3300 Braunschweig  
Tel.: 0531 - 79 82 31

### Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy  
Wilhelm-Tell-Straße 13  
4000 Düsseldorf 1  
Tel.: 0211 - 311 41 72  
0211 - 39 42 56 (privat)

### Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

### Saarland

Edith Arweiler  
Bernhardstraße 19  
6638 Dillingen/Saar  
Tel.: 06831 - 734 63

### Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

### Sachsen

siehe Berlin

### Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

### Thüringen

siehe Hessen